

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNÉE 1934 — N° 5

Contribution à l'Etude
des
HÉMORRAGIES INTRAPÉRITONÉALES
D'ORIGINE OVARIENNE
EN DEHORS DE LA GROSSESSE

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le 23 Mars 1934

PAR
LAFUENTE Marc
né le 25 Mars 1908 à Bône (Constantine)
Interne des Hôpitaux

MEMBRES DU JURY :

MM. COSTANTINI , Professeur de clinique chirurgicale.....	Président
CABANES , Professeur d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.....	Juges
FERRARI , Agrégé (chirurgie).....	
MOGGI , Agrégé (chirurgie).....	

**Contribution à l'Étude
des Hémorragies intrapéritonéales
d'origine ovarienne, en dehors de la grossesse**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549015_0055

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1934 — N° 5

**Contribution à l'Etude
des
HÉMORRAGIES INTRAPÉRITONÉALES
D'ORIGINE OVARIENNE
EN DEHORS DE LA GROSSESSE**

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 23 Mars 1934

PAR

LAFUENTE Marc

né le 25 Mars 1908 à Bône (Constantine)

Interne des Hôpitaux

MEMBRES DU JURY :

MM. COSTANTINI, Professeur de clinique chirurgicale.....	Président
CABANES, Professeur d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.....	Juges
FERRARI, Agrégé (chirurgie).....	
MOGGI, Agrégé (chirurgie)...	

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN.....	MM. LEBLANC (*, ☞, I. ☞).
DOYEN HONORAIRE.....	HERAIL (*, I. ☞).
ASSESEUR.....	GILLOT (I. ☞).

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique	CANGE (*, I. ☞).
Clinique médicale et hygiène infantile.	GILLOT (I. ☞).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (*, ☞, I. ☞).
Clinique chirurgicale.....	COSTANTINI (*, ☞, I. ☞).
Clinique obstétricale et puériculture du 1 ^{er} âge	LAFFONT (*, ☞, I. ☞).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (*, ☞, I. ☞).
Clinique médicale.....	AUBRY (*, ☞, I. ☞).
Histologie et Embryologie.....	WEBER (*, ☞, I. ☞).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ☞).
Chimie biologique et médicale.....	MAILLARD (*, I. ☞).
Hygiène, hydrologie et climatologie..	N....
Physiologie	TOURNADE (O. *, ☞, I. ☞).
Pharmacie	MUSSO (I. ☞).
Médecine légale	GIRAUD (O. *, ☞, I. ☞).
Anatomie.....	LEBLANC (*, ☞, I. ☞).
Microbiologie et cryptogamie.....	PINOY (*, I. ☞).
Physique médicale	PORTES (*, ☞, I. ☞).
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire	CABANES (*, ☞, I. ☞).
Parasitologie et zoologie médicale.....	SENEVET (☞, I. ☞).
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. ☞).
Botanique et matière médicale.....	FOURMENT (A. ☞, O. ☞).
Pathologie générale et clinique psychiatrique.....	POROT (I. ☞).
Thérapeutique.....	LEBON (*, ☞, A. ☞).

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (☞), agrégé (Histologie).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (*, I. ☞). HERAIL (*, I. ☞).

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-femmes	MM. FUSTER (*, ☞, I. ☞).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	H. ABOULKER (*, ☞, A. ☞).

AGRÉGÉS

Chirurgie	MM. DUBOUCHER (I. ☞).
	FERRARI (I. ☞).
	MOGGI (*).
Médecine	BENHAMOU (*, ☞).
	LACROIX
Physiologie	N....
Anatomie	RIBET (☞, A. ☞).
Chimie médicale	N....
Obstétrique.....	HOUEL (*, ☞, A. ☞).
Histoire naturelle pharmaceutique..	N....
Anatomie pathologique.....	MONTPELLIER

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie..... M. BATTEZ.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je dédie cette Thèse :

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. COSTANTINI

Professeur de Clinique Chirurgicale

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

*Le souvenir de la bienveillance qu'il nous
témoigna toujours et dont il vient de nous
donner une preuve nouvelle en acceptant
la présidence de cette thèse ne s'atténuera
jamais en nous.*

*Nous sommes heureux de pouvoir lui ex-
primer ici notre respectueux attachement
et notre profonde reconnaissance.*

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CABANES

Professeur d'Anatomie médico-chirurgicale
et Médecine opératoire
Chirurgien des Hôpitaux

En témoignage de notre grande et respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être notre juge.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOGGI

Chirurgien des Hôpitaux

Modeste et juste témoignage de remerciement pour sa bienveillance, ses conseils et son enseignement.

Nous voudrions qu'il puisse trouver ici une marque de la respectueuse affection que sa sollicitude et ses bienfaits surent éveiller en nous.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FERRARI

Chirurgien des Hôpitaux

Qui, après nous avoir accueilli avec bienveillance dans son service, ne nous a jamais ménagé ses conseils et ses encouragements.

Nous sommes heureux de l'en remercier aujourd'hui et nous le prions de bien vouloir agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MONSIEUR LE DOCTEUR C. VERGOZ

Chirurgien des Hôpitaux

Après nous avoir inspiré le sujet de cette thèse, il nous a suivi pas à pas au cours de sa réalisation, ne cessant de nous prodiguer ses précieux conseils et ses encouragements.

Qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance et de notre amitié dévouée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. LAGROT

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

A MONSIEUR LE DOCTEUR R.-M. MARILL

Ancien Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté

Au maître ; à l'ami.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

R. MAIRE, E. CURTILLET, R. RAYNAUD,

G. MARILL, H. LIARAS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

Introduction

Les hémorragies intrapéritonéales occupent une place très importante parmi les troubles de l'appareil génital féminin. La découverte de leur origine gravidique habituelle avait, pendant nombre d'années, presque fait rejeter toutes les théories pathogéniques. Lorsqu'elles ne dépassent point une certaine mesure et qu'elles ne retentissent pas sur l'état général, nous n'ignorons pas qu'elles sont l'expression physiologique du cycle périodique de maturité des organes gestateurs. Mais la barrière séparant les conditions normales des conditions pathologiques est vite franchie et des faits récents ont établi que, en dehors de toute gravidité, l'origine de l'hémorragie peut être ovarienne, tubaire ou utérine. Nous limiterons notre étude aux seules hémorragies d'origine ovarienne.

La littérature médicale nous fournit un nombre chaque jour plus important de ces faits et des travaux déjà nombreux ont consacré la place que doit tenir la lésion qui nous occupe dans le cadre nosographique. Aussi bien peut-il paraître vain d'ajouter un document à ceux déjà produits. Nous avons cru utile de le faire cependant sur le conseil de notre Maître et ami, le Docteur VERGOZ, qui a bien voulu mettre à notre disposition les observations cliniques qu'il possédait et dont l'une a fait l'objet d'une communication à la Société Nationale de Chirurgie, rapportée le 5 avril 1933 par M. MOULONGUET. Des anomalies de l'équilibre sanguin y furent décelées et

c'est cette orientation, relativement récente, de la question qui nous a engagé à traiter ce sujet.

Nous avons voulu recueillir dans la littérature un nombre aussi important que possible de documents nous permettant d'établir les caractères anatomiques et cliniques des lésions envisagées. Les observations qui figurent à la fin de notre travail ne sont malheureusement pas toutes très détaillées, mais toutes ont reçu la sanction de l'examen anatomo-pathologique.

Le plan de notre travail sera le suivant :

Dans une première partie, après un historique, nous traiterons l'anatomie pathologique et la pathogénie des lésions.

Dans une seconde partie, l'étude clinique et le traitement.

Enfin, dans une troisième partie figureront les observations recueillies.

Historique

Jusqu'à ce que LAWSON TAIT, en 1878, eût rattaché la gestation ectopique aux hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale, les interprétations pathogéniques furent aussi nombreuses que variées. NÉLATON, en 1851, décrivit l'hématocèle déjà entrevue par RÉCAMIER et BERNUTZ et les auteurs s'ingénierent à trouver l'origine de la lésion. Pour n'en citer que quelques-uns :

LE CHAPTOIS admit l'exhalaison sanguine aiguë du péritoine, conception défendue par TARDIEU en 1854 et JOUSSET en 1883.

DOLBEAU, en 1860, proposa la pachypéritonite hémorragique et TROUSSEAU l'hématocèle cataméniale.

Mais les causes réelles de l'hémorragie étaient déjà soupçonnées et GALLARD, en 1855, eut l'idée de la ponte ovulaire hémorragique, reprise tout récemment par BONNEAU et SÉJOURNET.

POZZI rapportait des observations d'hématocèles en relation avec des kystes folliculaires et des kystes du corps jaune.

Par ailleurs, HUGUIER, puis DENOUVILLIERS (1851), PUECH (1858), BOECKEL (1861), incriminaient l'ovaire chronique.

Nous n'avons pas la prétention de citer toutes les théories imaginées pour expliquer, en dehors de la gestation ectopique, l'origine des hémorragies intra-abdominales. La pluralité des causes invoquées allait

de pair avec l'imprécision pathogénique de l'affection.

En 1878, LAWSON TAIT rattache la gestation ectopique d'une façon à peu près exclusive à l'origine de l'hématocèle. Cette théorie confirmée par la pratique devait trouver en CESTAU un défenseur éloquent et sa thèse de 1894 marque une étape que l'on a pu croire décisive dans l'histoire des hémorragies internes ayant leur point de départ dans la sphère génitale. A sa suite, les chirurgiens élevèrent cette notion à la hauteur d'un dogme. Son mérite fut grand, car il ne vient à l'esprit de personne de nier la grande importance relative de la gestation ectopique dans la genèse des accidents qui nous occupent.

Est-ce à dire qu'il faille négliger les autres causes ? L'abondance de la littérature sur ce point contribuerait, s'il en était besoin, à prouver qu'à côté de la gravidité, cause principale, il existe de nombreuses lésions des organes génitaux susceptibles d'entraîner des troubles analogues. Les tentatives furent nombreuses en France comme à l'étranger pour classer les causes d'hémorragies intrapéritonéales.

En 1908, TARTANSON publie un travail documenté, suivi en 1913 par RACHEL TAITZ qui étudie plus spécialement les ruptures de follicules normaux et pathologiques. Elle apporte une observation de LECÈNE qui figure dans notre chapitre d'observations.

La question s'était enrichie d'observations nombreuses, lorsqu'en 1924 SCHIKELÉ fournit des arguments nouveaux pour justifier l'existence réelle d'hémorragies du corps jaune qui avait été contestée par FORSSNER, de Stockholm. Ce dernier, dans une critique sérieuse, exagérément méticuleuse presque, niait la valeur définitive des preuves histologiques

et cliniques de ses devanciers en supposant que dans le sang et les coagulums de la cavité abdominale des éléments fœtaux avaient pu passer inaperçus. Retirant d'emblée à la thèse combattue toute possibilité de se faire valoir par le fait même qu'il niait les preuves négatives, il ne s'expliquait pas davantage sur la qualité des preuves positives susceptibles d'être invoquées.

La réalité des hémorragies liées à l'évolution des kystes wolffiens et des endométriomes ovariens fut établie par TURMANN en 1925 et BESANÇON dans sa thèse (1929) fait une étude d'ensemble de la question des hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale ne se limitant pas aux causes ovariennes.

Enfin, depuis 1920, la littérature médicale fournit un certain nombre d'observations de ces faits. Tous ont reçu la sanction d'un examen macro et microscopique, avec cette réserve cependant que la trompe n'a pas toujours été enlevée.

Nous ne citons pas davantage de noms et de travaux. Notre bibliographie, pour imparfaite qu'elle soit, donnera une idée de leur nombre et de leur importance.

**Anatomie Pathologique
et Pathogénie**

Il nous paraît nécessaire, avant d'entreprendre l'étude des Hémorragies intrapéritonéales d'origine ovarienne, de rappeler succinctement la structure histologique de la glande, de montrer la situation respective des différents éléments, ainsi que les transformations qu'ils peuvent subir. Puis nous entreprendrons l'étude anatomo-pathologique de leurs lésions. Pour chacune de ces dernières, nous exposerons les conceptions pathogéniques susceptibles d'être admises.

Schématiquement, on distingue deux régions sur une coupe d'ovaire : une zone corticale et une zone médullaire.

Celle-ci, richement vascularisée et innervée, contient des cellules paraganglionnaires. La zone corticale comprend des follicules, des ovisacs, les uns en évolution, les autres atrésiés, et des corps jaunes. Ces différents éléments sont unis les uns aux autres par un tissu de soutien, tissu connectif : le stroma. Le rôle de ces formations histologiques dans l'origine des hémorragies intrapéritonéales, justifie l'étude de leur structure et de leurs modifications évolutives.

Ce follicule de DE GRAAF, avec son aspect kystique, est surtout constitué d'une assise de cellules folliculeuses, la *granulosa*, qui circonscrit une cavité pleine de *liquor folliculi* ; en un point de la cavité fait saillie le disque proligère qui contient l'ovocyte. La *granulosa*, bordée extérieurement de la membrane de SLAVJANSKI, est environnée d'un tissu spécial, constituant la *thèque* du follicule et cette *thèque* est composée elle-même de deux couches distinctes : l'une externe, la *thèque externe*, fibreuse, isolant le follicule du parenchyme environnant ; l'autre, la *thèque interne*, constituée de grosses cellules glandu-

laïres, chargées d'enclaves lipoïdiques et séparées les unes des autres par un riche système de vaisseaux capillaires.

Le follicule ainsi constitué peut subir deux évolutions différentes : soit que, par un complet développement, il arrive à pleine maturation, soit que, par un processus de dégénérescence, il subisse, selon le terme consacré : l'atrésie folliculaire. Cette évolution est la plus fréquente, puisque sur 300.000 follicules, 300 à 400 seulement arrivent à maturité.

Enfin, et c'est surtout ce qui nous intéresse, dans une troisième catégorie de faits, l'atrésie folliculaire se dévie de son processus scléreux pour aboutir à une formation kystique ; il y a, nous dit COURRIER, « fonte de l'œuf et des cellules granuleuses, sans prolifération conjonctive, de sorte que l'antrum n'est pas comblé et devient kystique ».

Au terme de l'évolution normale du follicule, il se produit une déhiscence dont l'interprétation est mal éclairée. L'ovocyte, devenu l'ovule, est recueilli par la trompe et poursuit sa migration vers la muqueuse utérine. Le follicule vide présente à sa surface une petite brèche : le stigma. La paroi de la granuleuse se plisse, prolifère, et surtout se vascularise intensément. Les bourgeons capillaires de la thèque interne se frayent un chemin entre les cellules de la granulosa, et le point important à retenir pour le moment est ce stade de vascularisation à une période de remaniement cellulaire intense, car c'est avec ce reliquat cellulaire du follicule, chargé d'enclaves, que se constitue le corps jaune, glande à sécrétion interne ou, pour mieux dire, glande vasculaire sanguine. En peu de temps son rôle endocrinien sera épuisé, et le corps jaune, à son tour, subira une involution dont le caractère histologique fondamen-

tal est la disparition des formations sécrétoires remplacées par du tissu conjonctif.

Ce corps jaune, organe transitoire, peut persister au lieu de disparaître et donner naissance à un kyste luteinique dont l'existence a été fréquemment observée, à l'occasion d'interventions ou d'examens de laboratoire.

Les examens histologiques des observations publiées ont prouvé que des accidents hémorragiques pouvaient se produire, soit au cours d'une évolution normale (stade folliculaire, puis stade luteinique), soit au cours d'une évolution anormale (kyste folliculaire ou kyste luteinique). Le stroma conjonctif lui-même peut être le siège d'une hémorragie, capable de produire secondairement les accidents péritonéaux qui nous intéressent.

Enfin, une lésion encore mystérieuse dans sa nature, l'endométriome, constituée par le développement hétérotopique de la muqueuse utérine, peut aussi être cause d'hémorragie. Nous en ferons une étude à la fin de ce chapitre.

I. - Le follicule normal, siège d'une hémorragie

Normalement, lors de la ponte ovarique, le follicule s'accroît jusqu'à obtenir un volume de 1 à 2 centimètres, le liquide folliculaire se fait abondant, avec une congestion intense de la thèque interne et la déhiscence se produit dans la paroi folliculaire, en général sans hémorragie ou du moins avec une hémorragie infime, microscopique. Ainsi donc, à l'occasion de cet état congestif, rien n'empêche qu'un processus physiologique, normal, ne devienne patho-

logique et que le follicule soit l'origine d'une hémorragie.

Cette théorie n'est pas nouvelle, puisqu'elle a déjà été entrevue par GALLARD en 1855, et l'existence de cette « ponte ovulaire hémorragique » a été de nouveau décrite par BONNEAU en 1922. En 1927, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, SÉJOURNET en affirmait la réalité en ces termes : « J'ai toujours pensé que la ponte ovulaire s'accompagnant nécessairement d'une rupture de la couche corticale de l'ovaire était susceptible de déterminer un suintement sanguin. Sans doute, à l'état normal, la maturation en arrive-t-elle au point que l'hémorragie se résume à quelques gouttelettes. De même, un fruit mûr se détache de la branche sans laisser de traces. Mais si, pour une raison ou une autre, la maturation n'est pas parfaite (si, par exemple, il se forme un ovisac trop volumineux), rien ne s'oppose à ce qu'il se produise, au moment de la rupture, une déchirure plus importante, accompagnée d'une effraction vasculaire plus sérieuse. En est-il autrement, lorsqu'en chirurgie, on crève à la pointe du bistouri l'une des saillies translucides d'un ovaire scléro-kystique ? N'y a-t-il pas d'exemple d'hémorragies persistantes à la suite de cette manœuvre en apparence si inoffensive ? »

Pour BESANÇON, cette théorie, séduisante à première vue, n'en est pas moins difficile à prouver, car on ne peut guère fixer le moment précis de l'accident au cours de la phase folliculaire. Il existe cependant un cas de RÜNGE qui nous paraît suffisamment démonstratif pour entraîner la conviction. Une femme est opérée le 18^e jour après sa menstruation, c'est-à-dire sensiblement à l'époque où se produit normalement la libération de l'ovule. Il existe une hématoçèle peri-ovarienne autour d'un ovaire appa-

remment sain et normal. A l'examen, on relève l'existence d'un corps jaune récent sans hémorragie, mais sur une des lèvres de la déhiscence, une veine intéressée par la rupture et qui était le point de départ de l'hémorragie.

II. - Le Kyste folliculaire, siège d'une hémorragie

Nous avons dit que, dans certains cas, il pouvait y avoir formation d'un kyste folliculaire, et LECÈNE, dans les *Diagnostics anatomo-cliniques*, écrit : « En dehors du processus essentiel de maturation folliculaire et de ponte ovulaire, il existe une autre évolution qu'on ne peut dire pathologique puisqu'elle existe constamment, c'est la maturation incomplète des follicules, suivie de leur évolution kystique avec disparition de l'ovule, processus que l'on désigne sous le nom d'atrésie folliculaire. Il consiste en une multiplication cellulaire des enveloppes du follicule et en une augmentation de volume de celui-ci sans que, cependant, la rupture se produise et par conséquence la métamorphose en corps jaune. Le kyste ainsi formé subsiste quelque temps, puis décroît et disparaît. Les dystrophies ovariennes consistent en une déviation de ces processus : elles peuvent donc porter sur l'exagération de nombre ou de volumes des follicules en voie d'évolution kystique. »

L'ovaire est dans ces cas légèrement augmenté de volume et il est rare de ne trouver qu'un seul kyste ; en général, les lésions sont multiples, mais l'accident hémorragique est exceptionnel.

A l'examen macroscopique, on voit, en un point de l'ovaire, un petit kyste à parois minces, de grosseur variable, le plus souvent du volume d'une noi-

sette, présentant une déchirure de 1/2 à 1 centimètre. Le tissu ovarien, à la périphérie d'implantation de ce kyste, est le siège d'une infiltration sanguine accentuée. A l'intérieur, une hémorragie infime s'est produite, faisant augmenter la tension intrakystique et envahissant le stroma voisin, puis, la limite de résistance de la paroi étant atteinte, entraîne sa rupture et l'épanchement intrapéritonéal est réalisé, hors de proportion la plupart du temps avec la lésion qui lui a donné naissance. Si l'on procède à l'examen histologique de l'ovaire lésé, on voit, dans la cavité kystique, un caillot formé par un réticulum fibrineux enserrant des globules rouges, des globules blancs et des amas de pigments sanguins.

A la périphérie du caillot adhérent des cellules de la *granulosa*, arrondies ou polyédriques, et la plupart de ces cellules sont tuméfiées ou augmentées de volume.

Le kyste est formé par une sorte de membrane fibreuse, contenant des vaisseaux nombreux et dilatés et cette couche se continue souvent sans ligne de démarcation avec le stroma conjonctif de l'ovaire dont elle n'est qu'une condensation. En de nombreux points, les faisceaux conjonctifs sont complètement dissociés par le sang extravasé.

La surface extérieure du kyste est quelquefois dépourvue de revêtement épithélial et recouverte de placards de fibrine.

Nous avons dit au début de ce chapitre qu'il était fréquent de trouver un certain nombre de kystes de dimensions variables. Il n'est pas exceptionnel de noter que ceux qui avoisinent le kyste folliculaire hématique rompu sont remplis de sang et très distendus.

Les observations d'hémorragies provenant de kystes folliculaires sont moins fréquentes que celles d'hémorragies provenant de kystes du corps jaune, mais leur existence est incontestable et ne peut prêter à discussion, comme nous l'avons vu pour la ponte ovulaire hémorragique. La belle observation de BENDER et MARCILLE (obs. XXXI) est très démonstrative à ce sujet. Cette formation de kystes dans les ovaires est du reste la lésion la plus apparente des dystrophies ovariennes, qu'il faudrait, dit LECÈNE, dénommer « dysovarie kystique » et non « ovarite kystique » qui implique à tort une lésion inflammatoire.

Le Corps jaune normal, siège d'une hémorragie

Ces hémorragies du corps jaune sont relativement fréquentes. Il faut remarquer encore qu'elles entrent dans le cadre des lésions dystrophiques, ni infectieuses, ni néoplasiques, résultant d'une viciation de processus évolutifs normaux. Nous ne devons pas oublier que les organes génitaux de la femme sont soumis à des évolutions cycliques, et « on conçoit fort bien que des flexions, des déviations surviennent à ces cycles très complexes. Et, de fait, les examens histologiques montrent, dans les dystrophies ovariennes, les traits encore reconnaissables des variations évolutives, mais altérés, exagérés ou atrophiés, on pourrait dire caricaturaux » (MOULONGUET). Il faudrait pouvoir les connaître et les définir par la connaissance de leur pathogénie précise. L'histo-physiologie nous aide à saisir bien des points naguère obscurs et l'on doit espérer que l'avenir nous apportera la solution de bien des inconnues.

Ceci étant dit, nous admettrons que deux ordres de faits peuvent expliquer l'apparition de ces hémorragies :

1° Après l'expulsion de l'ovule et du liquor folliculi, la granuleuse se trouve être le siège d'une riche vascularisation par bourgeonnement des capillaires de la thèque interne. « Cette couche, dit KELLER, est fortement vascularisée, on y voit de petits vaisseaux, veines et artères, à parois bien formées, pour la plupart gorgés de sang », et le corps lutenique se cons-

titue par augmentation du volume des cellules granuleuses, qui, chargées d'enclaves diverses, encerclent le « caillot central » des histologistes. Il est aisé de comprendre qu'une déviation de ce processus physiologique, normal, puisse aboutir à un état hémorragique d'importance variable.

Si le fait est admis maintenant, son interprétation est plus délicate. Nous n'avons pas la prétention de la résoudre, mais nous pensons que c'est de l'étude physiologique beaucoup plus que de l'histologie que doit venir la lumière. Nous touchons là, croyons-nous, à une question d'avenir, relevant d'une technique très délicate. En se fondant sur le dosage de la folliculine dans le sang et dans les urines, il serait peut-être possible de reconnaître le désordre endocrinien responsable de certains troubles génitaux, ce que ZONDEK et SIEBKE ont appelé des « affections gynécologiques hyperhormonales ». Pour apporter une solution au problème, il reste encore de nombreuses inconnues à résoudre, l'action de l'hormone luteinique et de l'hormone hypophysaire, pour ne citer que celles-là, et encore serait-il téméraire d'affirmer que l'interprétation des faits ne se heurtera pas à de nouveaux mystères.

2° Un autre facteur d'hémorragie serait, d'après HALLER, la possibilité d'un décollement entre la granuleuse, futur corps luteinique, et la thèque interne, phénomène comparable au décollement placentaire. Il suffit que les capillaires de néoformation situés à la face interne de la thèque se rompent, donnant lieu à un hématome dont le développement progressif accroisse l'importance du décollement. L'absence d'éléments contractiles au niveau de la thèque interne, purement élastique, explique qu'à un moment donné le corps luteinique soit expulsé, donnant lieu à une

hémorragie péritonéale. Mais, là encore, il faudrait admettre l'existence d'une pathogénie complexe. Nous savons que, normalement, l'organisme est merveilleusement défendu contre l'hémorragie et que, si celle-ci survient, de nombreux moyens d'auto-défense entrent en jeu. C'est tout d'abord le phénomène normal de la coagulation extra-vasculaire, facteur des plus importants dans le mécanisme d'arrêt de l'hémorragie. Puis la coagulation intra-vasculaire s'opère, conditionnée par l'afflux des plaquettes sanguines.

Sous l'influence de facteurs complexes, ces différents modes d'arrêt de l'hémorragie peuvent se trouver en défaut, d'où les variations du temps de coagulation, du temps de saignement et du nombre des plaquettes.

En fait, quelles que soient les théories admises, nous ne pouvons qu'être frappés par le manque d'équivalence entre la lésion et l'importance de l'hémorragie et force nous est d'admettre comme cause pathogénique adjuvante le rôle de la dyscrasie sanguine.

Les Hémorragies provenant d'un kyste lutéinique

Normalement, le corps jaune disparaît, subit une involution et l'aboutissant habituel de cette forme spéciale de dégénérescence est révélé à l'inspection par la constitution d'une petite cicatrice fibreuse. Le tissu conjonctif ainsi formé a progressivement étouffé le tissu glandulaire.

Dans certains cas, le corps jaune, au lieu d'involuer, devient kystique et la rupture du kyste peut aboutir à l'hémorragie intrapéritonéale. Quant aux conditions d'apparition de l'hémorragie provenant de ce kyste lutéinique, elles sont difficiles à saisir. VAN DER STRICHT a pensé que le mécanisme de drainage de la sécrétion kystique pouvait se trouver en défaut et que l'hypertension du liquide sécrété pouvait aboutir à la rupture de la poche.

Dans d'autres cas, c'est l'hématome intra-kystique lui-même qui provoquerait l'hémorragie abdominale.

Au point de vue de sa morphologie, ce kyste ressemble beaucoup au kyste folliculaire et, à l'œil nu, il est le plus souvent impossible de les distinguer. En règle générale, il est unique et ce caractère l'oppose aux kystes folliculaires qui sont habituellement multiples.

Le caractère histologique différentiel est la reconnaissance dans sa paroi des éléments cellulaires d'un corps jaune : granuleuse vascularisée notamment. Mais cette distinction est souvent malaisée, car ces cellules lutéiniques altérées ressemblent beaucoup aux cellules folliculaires d'un kyste atrétique. La clas-

sification morphologique de ces dysovaries kystiques est du reste fort subtile et les auteurs ne s'entendent pas toujours sur les caractères différentiels. C'est dans le but de fournir un critère incontestable que MOULONGUET propose de fonder la distinction sur les propriétés physiologiques du contenu de ces kystes. Les uns, contenant de la folliculine, provoquent par injection à la rate castrée les phénomènes caractéristiques de l'oestrus : ce sont les kystes folliculaires. Les autres, kystes inactifs, sont des kystes lutéiniques.

Il s'agit là, notons-le, d'une question à l'étude, mais nous avons voulu y insister — au risque de paraître nous éloigner de notre sujet — pour répéter ce que nous disions précédemment. L'analyse physiologique nous fournira des arguments de grande valeur, supérieurs de beaucoup aux arguments histologiques. Nous ne faisons qu'entrevoir les possibilités d'une semblable étude et déjà des faits nouveaux nous offrent des espoirs d'interprétation qui, de prime abord, paraissent devoir être féconds.

Apoplexie ovarienne

Dans certains cas, rares à la vérité, il est possible de découvrir l'origine de l'hémorragie intrapéritonéale au niveau du stroma ovarien. C'est ainsi que DEPAGE, dans un cas qui figure dans nos observations (obs. XXVII), a trouvé un ovaire, largement fendu comme s'il avait éclaté en deux valves, présentant un hémorragie interstitielle, ayant désorganisé les tissus. Le volume de l'ovaire était de trois à quatre fois supérieur à la normale.

A l'examen histologique, il existait une sclérose manifeste avec infiltration sanguine et des follicules plus ou moins atrophiés. C'est parfois un follicule profondément situé qui est la cause de cet accident et l'hémorragie produite paraît provenir directement du stroma.

Nous nous contentons de citer ces formes un peu particulières, exceptionnelles même, comparées à la fréquence relative des dysovaries précédemment étudiées.

Hémorragies provenant de néoformations ovariennes

Dans ce groupe, il convient de citer tout d'abord les accidents dûs à la torsion d'un kyste de l'ovaire et ceux provenant d'un vaisseau rompu sur un cancer, par exemple. Nous les citons pour les éliminer, car il s'agit de lésions connues et décrites dans les traités classiques.

Par contre, il existe une catégorie de néoformations, de nature encore mystérieuse, étudiées et décrites par LECÈNE, qui sont susceptibles de donner parfois une hémorragie intrapéritonéale. Nous voulons parler des kystes wolffiens et des endométriomes ovariens. TURMANN, en 1925, a décrit dans sa thèse les hémorragies causées par ces néoformations. Nous lui empruntons l'essentiel de notre description.

I. — La fréquence des tumeurs de l'ovaire développées aux dépens des vestiges wolffiens est diversement appréciée ; elle serait assez grande pour SCHIKELÉ.

Ces débris wolffiens inconstants persistent dans la corticale et surtout le hile de l'ovaire. Les kystes, nés de ces inclusions, ordinairement uniques, parfois bilatéraux, sont de taille très variable. En grossissant, ils étalent l'ovaire qui semble faire partie de leur paroi.

S'ils se développent à la surface de l'ovaire, ils s'en extériorisent rapidement et se pediculisent.

Le liquide contenu à l'intérieur du kyste est d'aspect variable, tantôt séreux et incolore, tantôt filant

et trouble, parfois enfin hématique. Les kystes wolffiens peuvent être uni ou multiloculaires.

La paroi du kyste uniloculaire est épaisse, lisse sur ses deux faces. Elle est formée surtout par du tissu conjonctif en couches lamelleuses superposées entre lesquelles se disposent des cellules fixes, aplaties. Le revêtement interne est formé par un épithélium simple formé de cellules caliciformes, volumineuses, claires, tantôt cubiques, tantôt cylindriques. L'hyperplasie épithéliale et conjonctive est modérée et liée au développement du kyste. Rarement on note une certaine exubérance de l'épithélium qui se manifeste par l'apparition de plis à la face interne du kyste.

Les kystes wolffiens pluriloculaires sont constitués par les mêmes éléments histologiques que les kystes uniloculaires, mais, ici, l'épithélium de revêtement pousse dans le tissu conjonctif des diverticules tubuleux qui se ramifient et deviennent secondairement kystiques.

II. — Les Endométriomes ont été particulièrement étudiés en Amérique par J.-A. et J.-L. SAMPSON et, en France, par OBERLING.

Leur volume est généralement assez grand et leur caractère histologique spécifique est la présence de formations ayant la structure de la muqueuse utérine. On y trouve les glandes de la muqueuse et le stroma. A ses dépens peuvent se développer des kystes hématiques, et, sous l'influence de la congestion menstruelle, des hématomes superficiels ou profonds qui sont à l'origine d'une hématocele périovarienne. Connue tout d'abord sous le nom d'adénomyome, cette tumeur avait été rattachée primitivement aux néoplasmes. Elle peut également être tenue

pour dystrophique ou pour dysembryoplasique, suivant qu'on attribue sa formation à un trouble de l'évolution ou du développement.

En réalité, sa nature exacte n'est pas déterminée et la possibilité de son évolution maligne doit être retenue.

Diverses Formes d'Hémorragie

Nous nous sommes étendus longuement sur les lésions constituant la source de l'hémorragie abdominale. La description anatomo-pathologique de l'hémorragie elle-même nous retiendra peu de temps, car elle est exactement superposable à l'hémorragie de la rupture de grossesse ectopique et les deux formes classiques se rencontrent.

L'Inondation péritonéale.

Dans ces cas où l'hémorragie est abondante d'emblée, le péritoine n'a pas le temps de constituer d'adhérences. Le sang reste libre dans le ventre, liquide au début, il se prend en caillots plus tard (Obs. V, VII, VIII, XIII).

L'Hématocèle.

Le sang est collecté dans le pelvis et tend à s'isoler du reste de l'abdomen par enkystement. Il se forme à la partie supérieure de l'épanchement un véritable « diaphragme pathologique » (BERNUTZ) (XIV, XV, XVIII).

Telles sont les deux formes d'hémorragies que l'on rencontre à la suite de l'un des accidents que nous avons décrits.

Doit-on rattacher purement et simplement à l'abondance initiale de l'hémorragie l'évolution vers l'une ou l'autre forme ? Nous ne le pensons pas, car la source est toujours minime, histologiquement décelable, mais réellement disproportionnée avec les

effets produits, et cette disproportion est tellement apparente que les anciens auteurs avaient pensé en trouver l'explication dans l'état du péritoine. A péritoine sain, disaient-ils, grande hémorragie, inondation péritonéale ; à péritoine malade, petite hémorragie, hématoçèle.

Nous avons déjà dit les rôles importants joués en gynécologie par les troubles de l'équilibre endothélioplasmatique. Cette notion doit être, à notre avis, retenue surtout dans l'explication des hémorragies que nous décrivons. Nous ne voulons pas, comme certains (ABEDES), accorder à la diathèse hémorragique un rôle exclusif, mais nous croyons que l'abondance de l'hémorragie est réellement conditionnée par elle. Les cas où cette dyscrasie a pu être incriminée ne sont pas encore très nombreux, mais on l'a décelée presque chaque fois qu'elle a été recherchée. Dans l'observation de LEMONNIER, où il s'agissait d'un corps jaune rompu, l'inondation péritonéale s'accompagnait d'un temps de coagulation de trente minutes.

Cette notion, une fois admise, nous comprenons qu'une lésion microscopique puisse engendrer des accidents graves. GRÉGOIRE et P.-E. WEIL ont étudié la crase sanguine dans les grossesses extra-utérines rompues. Ils ont remarqué que les femmes qui ont une crase sanguine normale font le plus souvent une hématoçèle. Celles chez lesquelles l'examen hématologique a révélé une dyscrasie font plutôt des accidents cataclysmiques. A l'ancienne formule concernant l'état du péritoine, il nous paraît préférable d'opposer la formule de GRÉGOIRE : « A crase sanguine normale (ou voisine de la normale), petite hémorragie ; à crase sanguine altérée, grande hémorragie. »

Etude Clinique

Etiologie

Les conditions d'apparition des hémorragies intrapéritonéales d'origine ovarienne et les causes susceptibles de les déterminer ont donné lieu à l'élaboration d'hypothèses nombreuses. Il ne nous paraît pas inutile de citer quelques-unes d'entre elles au moins, car l'explication d'un phénomène pathologique qui n'est, somme toute, que l'exagération d'un processus normal, est d'interprétation délicate. En outre, les facteurs invoqués nous sembleraient bien insuffisants, si l'on devait les considérer dans l'absolu. Leur importance s'accroît au contraire, si l'on veut bien admettre qu'ils peuvent s'unir en des associations variables avec chaque cas.

L'hyperhémie, par exemple, à laquelle on a voulu faire jouer un rôle déterminant, peut nous paraître suffisante en association avec un trouble de l'équilibre endothelio-plasmatique sanguin. Comment admettre, par contre, que son effet soit seul suffisant, alors que c'est une notion banale que l'hyperhémie au niveau des organes génitaux se produit régulièrement et périodiquement au cours du cycle menstruel. Les lésions que nous décrivons devraient théoriquement se voir beaucoup plus souvent.

Nous énumérerons donc les différents facteurs, en admettant la possibilité de leurs associations.

Le Traumatisme.

Il existe des cas incontestables où un traumatisme a été la cause déterminante.

Il s'agit parfois de traumatisme indirect s'étant exercé sur la paroi abdominale. C'est ainsi que dans un cas de CHRISTOPHER, une femme de 28 ans a reçu, en tombant, un bras de fauteuil dans la partie inférieure et droite de l'abdomen. Trois heures plus tard, douleurs intenses et état lipothymique. On pose le diagnostic d'appendicite aiguë, et, à l'intervention, on trouve un demi-litre de sang dans le ventre. Il existe un point qui saigne au niveau d'un corps jaune.

Dans d'autres cas, on a cité l'action de la contraction des muscles abdominaux pendant la défécation par exemple, et KABOTH rapporte un cas où une femme a présenté un tableau de ce genre avec hémorragie dans le stroma ovarien ayant gagné un follicule. Hugo ROTH (de Bratislava) tient un grand compte des variations de la tension abdominale ainsi produites. Notion purement théorique, nous semble-t-il, et d'explication malaisée. Le même auteur admet du reste qu'une variation par diminution de la tension peut produire le même effet.

On a également rapporté des cas où le traumatisme appliqué directement par voie vaginale ou rectale avait provoqué la rupture de kystes ou de follicules. KLEIN a observé chez une femme de violentes douleurs et des signes d'hémorragie interne après un coït. A l'intervention : hémorragie au niveau d'un corps jaune avec rupture d'une veine sans hémorragie dans l'intérieur du corps jaune. THIES rapporte un cas de rupture de kyste lutéinique à l'occasion d'un examen gynécologique et HORNUNG a rompu un follicule de De Graaf en réduisant une rétroversion. Une femme s'administre un lavement avec une grosse canule vaginale et provoque une hémorragie au niveau de l'ovaire gauche (HADDEN).

Enfin, dans un cas de FERGUSSON, le traumatisme a été plus direct encore. Il fut obligé de réintervenir, pour une hémorragie d'un corps jaune, manipulé le matin même en opérant.

L'Hyperhémie.

De nombreux auteurs ont voulu faire jouer à l'hyperhémie un rôle parfois considérable dans la production des hémorragies d'origine ovarienne et BESANÇON, en particulier, dit que « l'influence qu'exerce l'hyperhémie dans la production des hémorragies ovariennes, doit être considérée à un double point de vue. Elle peut d'abord être favorisante, qu'il s'agisse de l'ovaire, qu'il s'agisse d'un autre organe, car c'est surtout dans un territoire hyperhémisé que survient une hémorragie. Elle peut être aussi déterminante : lorsque l'hyperhémie atteint un certain degré, elle triomphe de l'élasticité des tissus et les fait éclater. En réalité, l'hyperhémie ovarienne n'est qu'un des aspects des états de congestion pelvienne qui doit être considérée comme une déviation pathologique, un trouble de l'innervation vaso-motrice. Nous savons bien, à l'heure actuelle, que cette congestion constitue un élément important en pathologie féminine dans ce grand groupe des troubles fonctionnels qui ne dépendent ni d'une infection, ni d'une tumeur.

Mais il s'agit là des états hyperhémiques pathologiques. Par ailleurs, nous savons que le cycle menstruel s'accompagne de périodes de fluxion, de congestion. Il y aurait peut-être là des interprétations à tirer de l'étude des faits. Malheureusement, cette étude est très malaisée. VIGNES, dans sa Physiologie gynécologique, fournit les opinions de nombreux auteurs et leur étude critique ne permet véritablement

pas de fonder une opinion en raison même de leur diversité. La notion seule doit être, à notre avis, retenue, sans qu'il soit possible d'établir un lien manifeste de cause à effet entre la congestion et l'hémorragie.

L'Inflammation.

Dans un cas de Hugo ROTH (obs. XXI), l'intervention et l'examen histologique permirent de constater l'origine folliculaire de l'hémorragie sur un ovaire gravement enflammé. Il s'agissait d'une femme traitée depuis trois ans pour affection annexielle.

L'étude des observations publiées ne permet que très rarement d'incriminer ce processus. Au niveau de l'ovaire, l'inflammation produit ses effets habituels avec cependant une différence de localisation, suivant que l'infection s'est faite par la périphérie, par la voie tubaire, ou par le hile de l'ovaire, par la voie lymphatique. Dans le premier cas, les lésions prédominent à la corticale. Elles sont, au contraire, profondes dans le second. Quoiqu'il en soit, les phénomènes hémorragiques sont exceptionnellement signalés comme complications ovariennes des annexites. Au niveau de la trompe, par contre, le fait peut s'observer.

Les Dyscrasies Sanguines.

Nous avons indiqué, chemin faisant, qu'il était possible, dans certains cas, de déceler un trouble de la coagulation sanguine ou un allongement du temps de saignement, chez les malades ayant présenté des hémorragies intrapéritonéales. L'interrogatoire permet également d'apprendre que des accidents hémorragiques sérieux étaient apparus chez elles, à l'occa-

sion de traumatismes minimes, comme une avulsion dentaire par exemple. La difficulté de classer ces syndromes hémorragiques qui, souvent, s'intriquent, ne permet pas toujours de faire entrer dans un cadre précis les hémorragies intrapéritonéales. Dans certains cas, l'allongement du temps de saignement fait penser à l'hémogénie ou dyscrasie endothélio-plasmatique de P.-E. WEIL. Dans d'autres cas, il y a à la fois allongement du temps de saignement et retard à la coagulation, ce sont précisément les cas complexes d'hémogéno-hémophilie. Nous nous hâtons d'ajouter, du reste, que ces troubles sont ordinairement discrets. On trouve, par exemple, un temps de saignement de 5 ou 6 minutes au lieu de 2 minutes et demie à 3 minutes comme dans la normale. Ou bien le temps nécessaire à la coagulation est de 15 à 30 minutes au lieu des 10 minutes normales.

La tendance actuelle est de considérer ces états pathologiques esquissés souvent plus que réalisés comme des facteurs prédisposant à l'hémorragie et favorisant son importance et sa durée. Quelques-unes des observations que nous avons recueillies (obs. I, II, IV, V) nous conduisent à accepter cette opinion.

L'hémorragie est un fait normal, physiologique au niveau de l'ovaire, au moment de la ponte ovulaire et à la phase lutéinique. La dyscrasie sanguine en fait un phénomène pathologique en lui donnant un caractère d'abondance et de durée qui crée l'indication opératoire et nous ne pouvons mieux faire que répéter la proposition de GRÉGOIRE et P.-E. WEIL : « A crase sanguine normale, petite hémorragie ; à crase sanguine altérée, grande hémorragie. »

Symptômes

Nous avons décrit longuement les lésions que l'on peut rencontrer dans les cas d'hémorragies intrapéritonéales d'origine ovarienne. L'étude clinique que nous allons entreprendre maintenant offre beaucoup moins d'intérêt. Il n'existe pas, en effet, un seul signe de certitude qui permette de préciser un diagnostic aussi difficile, de telle sorte que, dans la majorité des cas, le chirurgien pense à une appendicite ou à une grossesse ectopique rompue quand prédominent les signes d'hémorragie interne.

Nous tenons à insister dès maintenant sur la fréquente confusion avec l'appendicite et nous aurons l'occasion de revenir sur les conséquences qu'elle entraîne au point de vue de la conduite opératoire. Dans son travail sur la question, BESANÇON n'y insiste pas suffisamment et, dit-il, « si les accidents gravidiques et les accidents extra-gravidiques s'opposent sur la table d'intervention et sous le microscope, ils se ressemblent étrangement au chevet de la malade. Que la grossesse extra-utérine soit ou non à l'origine des hémorragies abdominales, c'est par des signes communs que celles-ci se révèlent ; leur diagnostic étiologique offre donc les plus grandes difficultés, leur traitement immédiat les plus grandes analogies ». Cette opinion que nous venons de citer pourrait conduire à penser que le tableau d'hémorragie interne est tellement évident qu'il ne souffre pas de discussion. En réalité, il en est tout autrement dans la pratique et si quelques indications

opératoires urgentes ont pu se fonder sur la nécessité de tarir la source d'une hémorragie, dans d'autres cas, les plus nombreux, le signe dominant était la douleur qui a conduit au diagnostic d'appendicite aiguë.

Une description d'ensemble est par conséquent impossible. Elle serait plus théorique que pratique et nous n'essaierons pas de la fournir. Nous préférons donner une étude analytique des symptômes rencontrés en commençant par le plus constant : la douleur.

La douleur est brusque, aiguë, généralisée à tout l'abdomen ou péri-ombilicale, se localisant ensuite à l'une des fosses iliaques avec tendance à gagner l'hypogastre. Cet étalement de la douleur est, en effet, fréquemment signalé dans les observations que nous avons lues et dans certains cas il a pu conduire le chirurgien à faire des réserves sur une lésion annexielle (obs. n° IV). Dans d'autres cas, la douleur accompagnée de contracture, siège à droite et la lésion à gauche. Ainsi, dans l'observation de LEMONNIER (obs. n° V), un kyste rompu de l'ovaire gauche donnait un tableau d'appendicite. Ce fait qui n'est pas expliqué a, du reste, été signalé déjà et MONDOR, dans ses *Diagnostics urgents de l'abdomen*, cite un cas où « à cause d'une contracture nette localisée à l'hypogastre et à la fosse iliaque droite et telle qu'elle ne permit pas de sentir le corps utérin, EVRARD et FOURNIER diagnostiquèrent appendicite mais opérèrent. La vue du sang redressa leur premier diagnostic ; ils pensèrent : grossesse extra-utérine rompue ; la vue des lésions devait le redresser encore une fois : c'était un kyste de l'ovaire rompu et un kyste de l'ovaire gauche » (p. 637).

BRAKELEY et FARR analysant les caractères de la douleur dans les treize cas qu'ils eurent l'occasion

d'observer, de 1914 à 1925, au New-York Hospital, l'ont trouvée presque toujours maxima dans la fosse iliaque droite, deux fois généralisée, quatre fois intermittente, trois fois irradiée à tout le flanc droit, au dos, au membre inférieur droit.

Enfin, signalons que dans un certain nombre de cas on a décelé, à l'interrogatoire, l'existence de petites crises douloureuses antérieures, notamment au moment des règles.

En présence d'un tableau comme celui-ci, il est évident que le diagnostic qui vient à l'esprit est celui d'appendicite aiguë, d'autant plus que la contracture est fréquemment rencontrée, ainsi que les autres signes classiques.

Les vomissements sont signalés par de nombreux auteurs (obs. IV, VIII). Enfin, la température est le plus souvent aux environs de 38° et le pouls bat de 90 à 120 fois par minute.

BRAKELEY et FARR, dans les treize cas signalés, ont rencontré quatre fois des vomissements, trois fois de la constipation, des règles normales et régulières six fois. De telle sorte que le diagnostic préopératoire fut huit fois celui d'appendicite aiguë. Ces mêmes auteurs ont trouvé une leucocytose variant de 7.000 à 46.000 globules blancs par mm³, avec un maximum variant de 10.000 à 16.000.

En résumé, chez une femme jeune, souvent chez une jeune fille, une douleur vive dans le ventre, localisée le plus souvent à la fosse iliaque droite avec une température à 38°, conduit au diagnostic d'appendicite aiguë, d'autant que le passé génital est souvent indemne et qu'il n'existe pas de retard de règles. Dans certains cas cependant, le tableau est différent et on pose le diagnostic d'hémorragie interne.

L'hémorragie consécutive à une lésion ovarienne ne présente pas de caractères cliniques particuliers, nous l'avons déjà dit et l'idée qui se présente à l'esprit est la rupture de grossesse extra-utérine.

Lorsque l'interrogatoire et les signes d'examen font douter de cette origine gravidique, on en vient, comme le dit BESANÇON, à éliminer l'hypothèse d'hémorragie. Il existe cependant un certain nombre de cas où les auteurs ont posé d'une manière ferme le diagnostic d'hémorragie interne.

Les symptômes réalisent alors suivant les circonstances les deux tableaux classiques d'inondation péritonéale ou d'hématocèle.

En pleine santé, une femme jeune ordinairement ressent dans le ventre une douleur vive localisée à un côté du bas-ventre; en même temps, la malade se sent défaillir et cette tendance à la syncope, classique dans les ruptures de grossesse extra-utérine, se rencontre également dans les accidents que nous décrivons. C'est bien là le début brutal, angoissant, dramatique suivant la comparaison de BERNUTZ.

Dans les cas les plus graves, la tendance à la syncope s'accroît, le pouls devient de plus en plus petit et subit en même temps une accélération progressive. Le faciès est angoissé, pâle, les yeux cernés (obs. XXVI, XXVII). Il n'a pas été signalé de cas de mort, et cela tient sans doute pour une part à la promptitude de l'intervention qui est maintenant la règle pour la presque totalité des chirurgiens.

La palpation abdominale et le toucher ne présentent pas de caractères particuliers : soit qu'il existe de la contracture de la région sous-ombilicale, comme dans l'inondation péritonéale d'origine ectopique, soit qu'elle soit localisée dans la fosse iliaque droite

comme dans l'appendicite. Le toucher révèle des culs de sac douloureux sans empâtement.

Plus fréquemment rencontrée est l'hématocèle, dans laquelle le sang en moindre abondance est collecté dans le Douglas, ou autour de l'ovaire lésé. Le début est parfois dramatique aussi, mais l'évolution des signes permet d'attendre et de n'opérer que lorsque l'examen rend perceptible la tumeur rénitente et douloureuse dans les culs-de-sac. Le toucher révèle un utérus de volume normal, soit fixé par un agglomérat péri-utérin, avec induration des culs-de-sac latéraux et postérieur, soit refoulé derrière la symphyse pubienne par une masse qui remplit le Douglas. Le col n'est pas ramolli et entr'ouvert comme au début de la grossesse.

Enfin l'examen devra toujours être complété par la recherche des pertes de sang par le vagin, qui manquent ordinairement. Lorsqu'elles existent, elles ne présentent pas les caractères des hémorragies de la grossesse extra-utérine qui sont de sang poisseux, sépia.

Ces caractères différentiels devraient théoriquement permettre de poser le diagnostic exact. En réalité, nous l'avons déjà dit, ce diagnostic n'a jamais été fait avant l'intervention et nous n'en sommes pas surpris. En effet, dans un premier groupe de cas, nous sommes en présence de femmes jeunes qui ressentent brusquement une douleur de siège mal fixée, à prédominance, semble-t-il dans la fosse iliaque droite. Ces malades ont, suivant les observations que l'on consulte, présenté les unes de la contracture, d'autres des vomissements, d'autres de la constipation. Toutes ont un pouls accéléré et une température atteignant 37°8, 38°. L'interrogatoire n'apporte aucun renseignement susceptible d'orienter le méde-

cin vers le diagnostic de grossesse et l'examen complété par le toucher montre simplement un cul-de-sac de Douglas douloureux. La réunion de ces signes conduit à poser le diagnostic de la plus fréquente des affections abdominales aiguës : l'appendicite.

Dans un deuxième groupe de faits, il existe un tableau d'hémorragie interne, abondante ou moyenne. Les signes d'examen ne fournissent pas de renseignements complémentaires de grande valeur. L'interrogatoire de la malade est flou, imprécis, et se méfiant à bon droit de ces imprécisions, le chirurgien pense à un accident de grossesse ectopique.

Quel que soit le tableau clinique présenté, l'indication opératoire se pose à tout coup qu'on ait porté le diagnostic d'appendicite aiguë ou celui de rupture de grossesse ectopique.

Dans l'avenir, une connaissance plus complète de ces cas permettra peut-être de déceler de petits signes différentiels qui autoriseront le chirurgien à porter le diagnostic exact.

Traitement

Nous avons dit que la découverte d'une hémorragie au niveau d'un ovaire était dans tous les cas une surprise opératoire, soit que l'on ait posé le diagnostic d'appendicite aiguë, soit que l'on ait été orienté par les signes d'hémorragie interne vers celui de rupture de grossesse ectopique. Cette divergence de diagnostic pose, au point de vue thérapeutique, une première question sur la voie d'abord.

Dans le premier cas, le chirurgien a posé le diagnostic d'appendicite et intervient par incision iliaque droite. Son erreur est immédiatement redressée par la découverte de sang dans le péritoine. Dans certains cas, la teinte bleutée de la séreuse a même permis cette correction avant l'ouverture de cette dernière (obs. VI). Que convient-il de faire à ce moment ? Certains auteurs se sont contentés de la première voie suivie et sont ainsi parvenus à traiter la lésion, en agrandissant quelquefois l'incision primitive vers le bas (obs. II, III, IV). Il est évident qu'hormis des cas exceptionnellement favorables, une incision d'appendicectomie ne saurait suffire, sans être agrandie, à explorer un pelvis qui est souvent plein de sang liquide et de caillots. La majorité des opérateurs, cependant, rejettent ce procédé et préfèrent refermer leur première incision, avant toute manœuvre d'exploration, pour pratiquer la laparotomie médiane sus-pubienne qui constitue la voie d'accès la plus couramment employée. Il nous paraît délicat de trancher entre ces deux opinions. C'est

évidemment affaire d'opportunité et la règle de conduite sera dictée par les événements et surtout l'abondance de l'hémorragie.

Quant à la découverte de la lésion elle-même, elle offre parfois de grandes difficultés, comme en fait foi l'observation de DEPAGE (obs. XXVII), où l'abondance de l'hémorragie masquait la brèche minime de l'ovaire saignant. En règle générale, cependant, l'opérateur parvient aisément à la découvrir et parfois même il voit saigner avant d'y toucher le follicule ou le kyste en cause (obs. IV).

La lésion une fois découverte, quelle doit être la conduite de l'opérateur ? LECÈNE dit à ce sujet que « la castration du côté de l'ovaire malade est indiquée d'autant plus qu'on ne peut être certain qu'il ne s'agit pas d'une grossesse ovarienne avant l'examen microscopique ». (*Thérapeutique chirurgicale*, T. III, p. 585.) Les opérateurs, dans la plupart des cas, ont suivi ce conseil que MOULONGUET donne également. Quelques-uns cependant se sont contentés d'extirper la portion d'ovaire lésé ou même plus simplement de le suturer. Il nous paraît excessif de vouloir fixer une règle de conduite immuable dans un cas semblable, surtout si on la justifie par la crainte de la grossesse ovarienne qui est une rareté. Nous pensons que la gravité de l'acte opératoire doit être proportionnée à l'importance de la lésion. S'il s'agit d'un ovaire entièrement désorganisé par une infiltration sanguine considérable, ou encore si la glande est atteinte de dégénérescence kystique dans sa totalité (obs. I), l'extirpation est le seul traitement convenable.

Si, au contraire, on découvre un kyste comme un pois ou une noisette, greffé sur un ovaire par ailleurs sain, l'excision ou la thermocautérisation de la

portion d'ovaire atteinte est suffisante. Enfin, dans les cas où l'opérateur ne découvre qu'une petite brèche déhiscente sans lésions apparentes et s'il s'agit d'un ovaire en bon état, la simple suture du point qui saigne donne des résultats qui n'ont pas déçu ceux qui l'ont employée (obs. XVI), d'autant que nous sommes en droit de nous demander si beaucoup de ces opérées n'auraient pas plus simplement guéri avec un traitement médical (repos au lit, poche de glace et médication hémostatique). C'est surtout la hantise de l'appendicite aiguë et de « son avenir imprévisible » qui a forcé la main à l'opérateur et c'est pour cela que l'acte opératoire ovarien doit être aussi restreint qu'il est possible.

Le remède doit être à la mesure du mal et la conservation de la glande permettra souvent de garder intacte une fonction dont l'importance est capitale.

Mais l'acte opératoire n'est pas tout. Nous avons insisté, à différentes reprises, sur l'importance du facteur sanguin. Dans tous les cas où il aura pu être incriminé, un traitement médical sera opportunément appliqué et ainsi sera-t-il possible d'atténuer les effets d'un état pathologique dont l'évolution ne peut être à priori prévue.

Conclusions

I. — En dehors de la grossesse, l'ovaire peut donner naissance à des hémorragies intrapéritonéales, suffisamment graves pour nécessiter un traitement chirurgical. Ces cas sont cependant exceptionnels.

II. — Le corps jaune, normal ou pathologique est le point de départ le plus fréquent de ces hémorragies.

III. — Dans les cas d'hémorragie massive, le diagnostic que l'on porte est celui de rupture de grossesse ectopique.

Dans les cas moyens, qui sont le plus souvent observés, on pense à l'appendicite aiguë.

De toute façon, le diagnostic n'a jamais été fait.

IV. — On doit attacher une grande valeur aux altérations de la crase sanguine pour expliquer la disproportion entre la source de l'hémorragie et l'importance de cette dernière.

V. — Le traitement sera proportionné à l'importance de la lésion : ablation de la glande dans les cas graves, excision de la portion atteinte ou suture dans les autres cas. Il sera complété par un traitement médical destiné à rétablir l'équilibre endothélioplasmatique chaque fois que l'examen hématologique en aura révélé l'atteinte.

Observations

OBSERVATION I

VERGOZ et LOUBEYRE (*Bulletins et Mem. de la Société*

de Chirurgie, 15 avril 1933)

Mlle B. P., 21 ans, jeune fille, présente brusquement (18 févr. 1932) en plein travail, de fortes douleurs abdominales qu'elle localise dans la fosse iliaque droite ; ces douleurs irradient vers les grandes lèvres, puis dans tout l'abdomen. La malade présente des nausées et des frissons. La température est à 38°. La fosse iliaque droite, douloureuse spontanément, présente de la contracture, de l'hyperesthésie cutanée, le reste de l'abdomen est souple.

Ce tableau clinique, l'absence de tout passé génital imposent le diagnostic d'appendicite aiguë.

Intervention immédiate sous anesthésie générale. Incision classique de MAC BURNEY avec dissociation musculaire ; l'incision du péritoine révèle la présence de sang dans le ventre (la malade, tant au faciès qu'au pouls, ne présentait aucun symptôme d'hémorragie interne). L'appendice sain n'est pas enlevé. On referme la boutonnière d'appendicectomie. On pratique alors la laparotomie médiane sous-ombilicale, qui montre du sang libre dans toute la cavité pelvienne. L'utérus est de dimension normale. Les trompes sont saines, tandis que l'ovaire droit, de la grosseur d'une petite mandarine, est polykystique. Plusieurs poches sont remplies de caillots ; l'une d'elles, rompue, a donné lieu aux accidents actuels. On pratique une salpingo-ovariectomie droite ; la paroi abdominale est fermée en un plan.

Les suites opératoires sont normales ; la malade est réglée le deuxième jour qui suit l'opération, date du reste normale de ses règles.

Examen histologique de la pièce (Professeur POIJOL) :
« La portion d'ovaire qui a fourni les coupes présente, d'une part, un corps jaune récent en pleine évolution avec une épaisse couche de cellules luteiniques, d'autre part, des follicules de DE GRAAF à tous les stades, certains avancés dans leur évolution et devenus kystiques. Le contenu de ces derniers est purement séreux, tandis que le corps jaune présente un foyer hémorragique central tout à fait récent.

Il est donc vraisemblable que c'est le corps jaune qui a été le point de départ de l'hémorragie intrapéritonéale. »

Nous avons revu notre malade. Son état général est parfait, ses règles, douloureuses, sont régulières mais peu abondantes.

Les antécédents personnels ne nous ont rien révélé de particulier, peut-être une certaine tendance aux hémorragies. Il y a deux ans, elle aurait présenté, après une avulsion dentaire, une hémorragie qui a duré toute une nuit. Un examen de sang fait par le Docteur BERAUD a donné ce résultat :

Temps de saignement : 6'.

— de coagulation : 19'

Plaquettes : 120.000 par mm. cube.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance du Docteur VERGOZ)

Mlle F., 12 ans 1/2, n'a jamais été réglée.

A ressenti deux jours auparavant une légère douleur dans la fosse iliaque droite.

Au moment de l'examen, douleur violente bien localisée dans la fosse iliaque droite avec irradiation dans la jambe droite.

Contracture douloureuse à ce niveau.

Température : 38°.

En présence de ce tableau clinique, on pose le diagnostic d'appendicite aiguë et on décide d'intervenir immédiatement.

Anesthésie générale. Incision iliaque droite.

Sang dans le ventre en quantité notable (1/2 litre).

On voit sur l'ovaire droit un point qui saigne.

Ablation des annexes de ce côté. Appendicectomie.

Deux jours après, les règles apparaissent.

Depuis, cette jeune fille a toujours été bien réglée.

L'examen de l'ovaire enlevé montre qu'il est anormalement gros, blanc laiteux dans toute son étendue, flasque comme s'il avait été vidé de son contenu. La coupe montre une quantité minime de tissu ovarien réduit en une fine plage bordant un corps jaune déhiscent cause de l'hémorragie.

La malade fut revue au point de vue général après l'intervention. L'examen du sang (Docteur BERAUD) a donné les renseignements suivants :

Temps de coagulation : 13' 30".

— de saignement : 4' 30".

Plaquettes sanguines : 400.000.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance du Docteur VERGOZ)

Mme A., 26 ans.

Entre à la salle Bonnet en février 1933 pour syndrome douloureux abdominal aigu.

L'interrogatoire n'apprend pas grand chose en dehors de l'existence d'une légère dysménorrhée habituelle. Pas de retard avoué.

Le début des accidents date de 48 heures. Vomissements.

A l'examen, signes d'appendicite aiguë.

Douleur et contracture de la fosse iliaque droite.

Toucher douloureux.

Température : 38°.

Pouls : 100.

On note cependant que les signes ont tendance à gagner l'hypogastre.

Intervention.

Incision iliaque droite.

L'appendice est indemne, mais il existe dans le ventre du sang en quantité modérée (250 gr. environ).

On soupçonne alors une grossesse ectopique et on agrandit l'incision initiale vers le bas. On trouve alors un ovaire droit présentant une fissure au niveau d'un corps jaune. Ovariectomie.

Les suites furent bonnes. Il n'y eut qu'une dilatation de l'estomac qui s'amenda avec les lavages d'estomac.

Examen histologique : kyste lutéinique rompu.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance du Docteur LAGROT)

Mlle M., 30 ans.

Vue le 29 novembre 1933, à 19 heures, pour syndrome douloureux abdominal aigu.

Début rapide le même jour, à 13 heures, par une douleur épigastrique, qui s'étend ensuite au reste de l'abdomen, le maximum douloureux subjectif restant sus-ombilical. La douleur s'accroît constamment en intensité, la malade, à son bureau se pliant en deux par moment, un vomissement, pas de selles ni de gaz depuis le début.

La malade se trouve à la fin de ses règles ; celles-ci ont toujours été très douloureuses. En outre, migraines et nausées fréquentes.

Au moment de l'examen :

Faciès tiré, yeux cernés.

Localement, abdomen respirant bien, sauf peut-être dans la région sous-ombilicale. A la palpation, pas de douleur épigastrique ni sous-hépatique, mais la fosse iliaque droite est un peu douloureuse, et surtout la région médiane sous-ombilicale. Là existe une contracture très nette, alors que le reste de l'abdomen et même la fosse iliaque droite sont souples.

Pas de douleur postérieure.

Pas de toucher.

Température : 37°2. Pouls : 108, mou et hypotendu.

On envisage le diagnostic d'appendicite, notant cependant que la douleur est assez médiane, que la contracture est sus-pubienne, que la température est normale avec un pouls rapide et mou.

Intervention à 20 heures par incision de Jalaguier un peu basse, agrandie ensuite par en bas. Dès l'ouverture du péritoine, issue en quantité notable de sérosité sanglante. Tuniques pariétales et intestinales d'aspect normal. L'appendice est sain, on l'enlève.

Exploration du petit bassin : des caillots couvrent les anses, le signöide, l'utérus. Celui-ci est attiré par l'hystérolabe, l'ovaire droit est vu normal. L'ovaire gauche découvert (sans avoir été touché au préalable) apparaît sclé-

kystique et l'un de ces kystes gros comme une noisette est le siège d'une plaie d'un demi-centimètre qu'on voit saigner. Pédiculisation et ligature de cet ovaire qu'on extirpe. Fermeture en 4 plans.

Examen histologique (Docteur MONTPELLIER) :

Nombreux corps fibreux.

Un beau corps jaune en voie de fibrose avancée.

Un grand kyste folliculaire hémorragique point de départ de l'hémorragie abdominale.

Examen du sang (Docteur ALCAY) :

Globules rouges : 4.200.000.

— blancs : 10.260.

Hémoglobine : 92 %.

Plaquettes : 202.000.

Temps de saignement : 5'.

— de coagulation : 6' 30".

Retraction du caillot : parfaite.

OBSERVATION V

(LEMONNIER, DE ROANNE. *B. et M. Soc. de Chir.*, 1932, p. 1063)

Le 12 novembre 1932, à 15 heures, se trouvant à la campagne, Mlle P..., 21 ans, est prise très brusquement de coliques. Elle se fait ramener chez elle en auto.

A l'examen, pas de contracture. Maximum de sensibilité à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite. Toucher rectal : Douglas douloureux.

Température : 37°8. Pouls : 120. Pas de nausées.

Intervention immédiate avec le diagnostic d'appendicite pelvienne. Réserve est faite de la torsion d'un kyste ovarien.

Incision iliaque droite. Le péritoine ouvert donne issue à un liquide hématique, rouge vif, qui s'échappe en fusée par la boutonnière péritonéale. On referme. Incision sous-ombilicale. Liquide hématique sans cloisonnement. Inondation péritonéale abondante.

A gauche, kyste ovarien du volume d'une petite orange portant sur le sommet de sa convexité une ouverture linéai-

re longue de deux centimètres environ. Castration gauche. Appendicectomie.

Suites normales. Guérison. La malade sort le quinzième jour.

Histologiquement : kyste du corps jaune rompu.

Autour, plusieurs follicules kystiques à contenu hémattique (MOULONGUET).

Dyscrasie sanguine. Règles anormalement longues et abondantes. Tendance aux hémorragies (avulsions dentaires, coupures).

Temps de saignements : 3 minutes.

Temps de coagulation...	{	Sédimentation des hématies : 5 minutes.
		Coagulation cruorique et plasmatique : 30 minutes.
		Rétraction du caillot : 4 heures.

Le caillot occupe la moitié du sang total.

OBSERVATION VI

(LUCIANI, *Soc. de Chirurgie de Marseille*, 27 juin 1932)

G. M., 19 ans, entre à l'hôpital pour douleurs dans la fosse iliaque droite. Deux jours plus tôt, début brutal à la suite d'un coït violent. Après une accalmie, reprise des phénomènes. On diagnostique appendicite aiguë. Crise analogue un an plus tôt. Règles normales. Température normale.

A l'examen. Légère défense de la fosse iliaque droite. Hypéresthésie cutanée. Douleur maxima au Mac Burney.

Au toucher, utérus de volume et de consistance normaux. Culs-de-sac douloureux, pas de masse perceptible.

Intervention : Incision de Roux. Le péritoine est bleu.

A l'ouverture, sang en grande quantité. A bout de doigt on perçoit une masse. On referme et on pratique la laparotomie médiane et sous-ombilicale.

Le petit bassin est rempli de sang et de caillots.

A gauche, petit kyste de l'ovaire. Ablation des annexes gauches. Appendicectomie.

Le temps de coagulation était de 6' 45".

Examen histologique (Professeur CORNIL).

Appendice. Appendicite subaiguë.

Trompe normale.

Ovaire : a) corps jaune à centre sanglant ; b) kyste luteinique à paroi luteinique peu épaisse mais richement vascularisée. Vaisseaux dilatés remplis de globules rouges ; enduit sanglant de la face interne du kyste ; c) Dans le restant du tissu ovarien, vaso-dilatation et suffusion sanguine. Surtout abondante dans la zone périkystique.

OBSERVATION VII

H. ZACHERL (de Graz)

(*Archiv für Gyn.*, T. CXIX, 1924, p. 18-28)

Femme de 27 ans, habituellement bien réglée, ayant eu deux grossesses normales, voit manquer une période de règles. Elle se croit enceinte. Dix-huit jours après, elle est prise de douleurs abdominales : malaise, vertiges, signes d'hémorragie interne.

Opération immédiate : gros épanchement sanguin dans le péritoine ; on ne voit pas de lésions importantes des annexes, les deux trompes paraissent intactes ; l'ovaire gauche, gros comme une prune, contient un petit kyste hématique.

L'ovaire droit présente sur son bord une perforation comme une pièce de 50 centimes, d'où coule constamment du sang. Ablation de cet ovaire. Ouverture et évacuation du kyste hématique de l'ovaire gauche. Guérison.

A la coupe, on constate que la perforation conduit dans une cavité contenant quelques caillots qui présentent l'aspect typique d'un corps jaune en régression. Le pourtour de ce corps jaune, particulièrement dans sa portion superficielle, est très richement vascularisé et présente même un aspect caverneux avec des infarctus hémorragiques.

L'examen microscopique a permis de rejeter le diagnostic de grossesse ovarienne. Il s'agit donc d'une hémorragie profuse provenant de la rupture d'un ancien corps jaune.

OBSERVATION VIII

MELCHIOR (*Paris-Médical*, 12 janvier 1924, p. 39-40)

Une jeune fille de 18 ans, sans antécédents particuliers, réglée à 13 et toujours régulièrement depuis — avec des douleurs d'ailleurs très vives — est prise subitement au retour d'un voyage, en descendant de wagon, de fortes coliques qui l'obligent à s'aliter et qui durent toute la nuit. Elle a plusieurs vomissements alimentaires et bilieux. M., appelé au matin, trouve une malade fort pâle, aux traits tirés, avec un pouls à 90, une température à 38°. Le ventre est légèrement ballonné, très sensible aux points de Mac Burney et de Lanz, mat dans les deux flancs. On fait le diagnostic de péritonisme d'origine appendiculaire. Intervention immédiate.

Dans l'incision de la paroi, on voit à travers le péritoine un reflet violacé. L'ouverture de la séreuse donne issue à plus d'un litre de sang noirâtre. L'appendice est sain. La source de l'hémorragie est rapidement trouvée au niveau de l'ovaire droit dans un petit kyste de la grosseur d'une noix, fissuré et rempli de caillots sanguins, mais qui ne saigne plus. Ablation de l'ovaire en laissant la trompe. Nettoyage, puis fermeture de l'abdomen.

Deux heures après, collapsus, avec pouls à 120 presque impalpable, extrémités glacées, sueurs froides. Etat désespéré. Transfusion sanguine de 300 c.c. Amélioration progressive et guérison en un mois. Depuis menstruation régulière, non douloureuse. L'ovaire enlevé avait le volume d'une grosse mandarine. Il était dur, couvert de bosselures (ovaire scléro-kystique). L'un de ces kystes, du volume d'une noix, était rompu et sa cavité contenait des caillots sanguins. Dans ses parois rigides, on n'a pas pu retrouver l'endroit de la rupture vasculaire.

OBSERVATION IX

LARDENNOIS (*in th.* Besançon, Paris 1929)

Mlle R..., 15 ans.

Bien réglée d'ordinaire. A eu une avance de trois jours il y a deux mois, de dix jours le mois dernier et, 30 jours après, a présenté les troubles suivants :

Douleur brusque, intense, ressentie dans la fosse iliaque droite au cours d'une marche, l'oblige à s'arrêter.

Elle ne vomit pas.

Température : 38°. Pouls : 90.

A l'examen, on constate de la tension au niveau de la fosse iliaque droite et un empâtement profond dans la même région.

On la surveille pendant quelque temps et comme la douleur a tendance à s'accroître, le pouls à s'accélérer, l'intervention est décidée.

Incision de Mac Burney. Du sang s'écoule à l'ouverture du péritoine. On trouve l'origine de l'épanchement sur l'ovaire droit, sous la forme d'un gros kyste hématique rompu. La poche sanguine contient un hématome, est enduite de fibrine et saigne abondamment. On l'enlève et on suture l'ovaire sur deux plans.

Les règles apparaissent le lendemain et la malade guérit bientôt.

L'examen histologique du fragment prélevé permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas de grossesse ovarienne, mais de kyste hématique rompu.

OBSERVATION X

NOVAK (publiée par ROUME, *in Ann. de Gyn.*

et d'Obst., 1917)

Jeune fille de 15 ans, prise brusquement dans l'après-midi d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite avec vomissements.

Contracture ; douleur à la pression.

Température : 99° F. Pouls : 120.

Diagnostic d'appendicite. La pâleur fait songer à une hémorragie interne, mais rien ne l'explique dans les antécédents. Dernières règles datant de 10 jours : normales. Toucher rectal : 0.

L'état s'aggrave. Le pouls s'accélère.

Sang : 20000 G. B. avec 90 % de poly. et 45 % d'hémoglobine.

Intervention. Incision iliaque droite. Sang libre. Trompe droite normale.

La trompe gauche contient à la partie moyenne un œuf de 1 cm. de diamètre. Parois saines, sans rupture. Aucun signe d'avortement tubaire. Nouvel examen à droite. L'ovaire droit montre un kyste folliculaire rompu saignant qu'on suture. Examen de la trompe gauche enlevée : masse de caillots anciens, enkystés avec un sac chorial dont les villosités avaient pénétré irrégulièrement dans la masse des caillots. Aucune trace d'embryon. Manifestement grossesse tubaire ancienne.

Il est remarquable de noter la coïncidence d'une grossesse tubaire non rompue et d'une hémorragie d'origine ovarienne.

OBSERVATION XI

Léon WALTER (Th. Strasbourg, 1914)

Femme de 34 ans. Quatre accouchements normaux, suites de couches normales. Dernières règles du 7 au 10 octobre.

Le 14 octobre, subitement, fortes douleurs dans le ventre qui disparaurent rapidement pour se représenter le 17 octobre. Deux évanouissements en quelques heures. Depuis, douleurs continues dans le ventre. Le 21 octobre, admission à l'hôpital avec des signes classiques d'hémorragie intrapéritonéale.

Laparotomie médiane. Grande quantité de sang liquide dans l'abdomen. Les deux trompes, l'utérus et l'ovaire droit sont normaux. L'ovaire gauche est augmenté de volume. Ablation des annexes. Guérison.

L'ovaire gauche mesure dans ses différentes dimensions 5 cm., 2 cm., 1 cm. 1/2. Cette augmentation est due à 2 follicules en évolution et à un corps jaune du diamètre de 14 m/m situé dans le pôle latéral de l'ovaire.

La surface de ce corps jaune est fendue par une déchirure de près de 1 cm. et d'une largeur de 3 m/m. Sur la coupe sagittale pratiquée après fixation, on remarque que le corps jaune est formé par une membrane sinueuse, qui s'amincit rapidement vers la surface libre où se trouve la déchirure.

Dans la cavité, un peu de sang liquide et quelques petits caillots pas adhérents.

L'examen microscopique met en évidence en même temps l'état de vascularisation et d'épanouissement du corps jaune. La thèque interne est bien vascularisée, mais la membrane lutéinique n'est pas épaissie. Les parties correspondant à la période d'état du corps jaune portent une membrane conjonc-

tive interne. Dans les autres, période de vascularisation en développement. Des capillaires sont en voie de formation dans les parties basales de la membrane lutéinique. Dans la zone orientée vers la cavité, les capillaires ne sont pas encore formés. Par ci, par là, ébauches de cellules endothéliales et de globules rouges entre les cellules lutéiniques, mais il n'y a pas de membrane interne. Les membranes lutéiniques à cet endroit semblent avoir subi une certaine poussée vers la cavité dans laquelle elles font légèrement saillie en forme de petites franges.

Ce n'est que dans cette zone que l'hémorragie a pu se produire, car dans les autres parties la membrane interne forme cloison vers la cavité. Cette hémorragie s'est produite de façon lente et continue, car aucune lésion brutale n'indique une extravasation brusque de sang.

OBSERVATION XII

A. SRAUSS (Cleveland) (J.A.M.A., 5 mai 1923 ; résumée

in Journal de Chirurgie 1923, page 379)

Femme de 30 ans. Jusque là bien portante et bien réglée, ayant eu trois enfants, est prise d'une douleur violente dans la partie gauche du bas-ventre 10 jours après la fin de règles normales. Irradiation dans le dos. La malade était dyspnéique, très pâle. L'abdomen rigide et sensible, mat dans les flancs. Pouls à 100.

Laparotomie. 1 litre de sang dans le péritoine. L'ovaire gauche présentait une tache, siège d'un saignement marqué ; on l'enleva, ainsi que la trompe gauche. Annexes droites normales.

La malade guérit sans incidents.

Examen : Trompe normale.

Coupes en série sur l'ovaire. Au point qui saignait, corps jaune à contours réguliers, mais rompu dans le péritoine. Le reste de l'ovaire est normal.

L'auteur pense qu'on aurait pu se contenter de réséquer la partie malade en respectant le reste.

OBSERVATION XIII

SAUTY (*Lyon Chirurgical* n° 1, 1924, page 84)

Jeune fille de 17 ans, ayant présenté à l'âge de 14 ans une hémorragie à la suite d'une avulsion dentaire et des épistaxis rebelles et chez laquelle survient brusquement une crise abdominale violente avec tendance à la syncope. Le faciès est pâle et angoissé.

Température : 37°5. Pouls : 120.

Abdomen météorisé.

On pose le diagnostic de gangrène appendiculaire avec diffusion péritonéale.

Intervention immédiate.

L'ouverture du péritoine donne issue à une grande quantité de sang ; aussi, l'appendice étant trouvé normal, porte-t-on l'investigation vers l'appareil génital en pensant à une grossesse ectopique rompue.

Annexes droites et utérus normaux. Par contre, l'ovaire gauche présente un énorme corps jaune du volume d'une noisette, rompu au niveau de son pôle libre et saignant abondamment. S... pratique l'hémostase de l'annexe gauche et une hémostase rigoureuse.

Quelques heures après l'intervention, aggravation de l'état général avec pâleur, angoisse, pouls à 130, donnant l'impression de la persistance de l'hémorragie. Transfusion de 200 c.c. Amélioration rapide.

L'examen du sang apprend que la coagulation se faisait en 20 minutes avec sédimentation.

Le 10^e jour, épistaxis considérable, nouvelle transfusion.

Quelques jours plus tard, nouvelle épistaxis traitée par tamponnement et médication locale et générale.

Cinq mois plus tard, la malade est revue en bon état. Les règles sont normales et le temps de coagulation normal également.

OBSERVATION XIV

P. AUMONT (*B. et M. de la Société Anatomique de Paris*,
23 décembre 1922)

Une malade est opérée avec le diagnostic d'appendicite. La malade est vierge et le toucher rectal montre une masse dans le Douglas que l'on prend pour un utérus rétrofléchi.

Intervention. Anses intestinales recouvertes d'un enduit chocolat. Exploration du pelvis en position déclive. Les annexes droites sont dans un foyer hémorragique ancien. Histologiquement, caillot au centre d'un corps jaune, point de départ d'une hémorragie.

OBSERVATION XV

HORNUNG (*Munchener Medizinische Wochenschrift*,
11 mai 1923 ; résumée in *Journal de Chirurgie*, 1923, p. 380)

Femme de 38 ans qui, depuis ses dernières règles jusqu'à son entrée à la clinique, a saigné 15 jours de façon ininterrompue. Légères douleurs abdominales au début des règles. Toucher : tumeur juxta-utérine droite. Aucun signe de gravidité. Température normale. Ponction par voie vaginale : sang.

Incision de Pfannenstiel. Hématocèle juxta-utérine droite. Trompes normales. L'ovaire droit est en connexion directe avec la tumeur. Il présente une sorte de kyste qui semble être le départ de l'hémorragie. Castration droite.

Histologie : Hémorragie provenant de la rupture d'un follicule.

OBSERVATION XVI

F.-B. BLOCK (*Am. Journal of Obst. and Gyn.*, janvier 1930 ;
résumée in *Journal de Chirurgie*, 1930, p. 127)

Femme de 35 ans, irrégulièrement réglée, prise 3 semaines après des règles normales d'une violente douleur dans le quart inférieur droit de l'abdomen. Diagnostic hésitant entre appendicite et grossesse extra-utérine. La température et le pouls s'élevant, B... intervient par incision de Marc Burney. Sang dans le ventre.

Orifice de 3 m/m de diamètre sur un kyste folliculaire rompu. Deux points de suture. Guérison.

OBSERVATION XVII

F. CHRISTOPHER (*J.A.M.A.* n° 6, août 1929 ; résumée
in *Journal de Chirurgie*, 1930, p. 290)

Femme de 28 ans. A la suite d'une chute, douze heures avant son admission, a reçu un bras de fauteuil dans la par-

tie inférieure et droite de l'abdomen. Trois heures plus tard, douleurs intenses et état lipothymique. L'état s'aggravant, la douleur se précisant avec contracture, on pose le diagnostic d'appendicite aiguë.

Intervention. Un demi-litre de sang dans le péritoine. Point qui saigne au niveau d'un corps jaune sur l'ovaire droit. Suture sur l'ovaire, Guérison rapide.

(L'auteur signale qu'il est rare que la rupture soit manifestement associée à un traumatisme).

OBSERVATION XVIII

HAMANT, BODART et MOSINGER (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1928, p. 737)

Femme de 45 ans, ayant eu 5 accouchements normaux. Depuis le dernier, la malade souffrait d'un prolapsus utérin, opéré il y a trois ans par le procédé de Doléris. Une métrosalpingite s'est installée depuis. Les règles sont pourtant restées régulières, tout en augmentant légèrement d'importance.

Les deux dernières époques ont été abondantes. Six jours après les dernières règles, venues à la date normale, la malade a vu apparaître des métrorragies qui n'ont pas cessé depuis.

A l'intervention, pratiquée dix jours plus tard, on trouve une salpingite bilatérale et environ 200 gr. de sang dans le Douglas. L'ovaire présente un gros kyste ouvert dans le péritoine et contenant du sang encore frais.

Histologiquement, il s'agit d'un kyste folliculaire dont la cavité communique avec un corps jaune à la période de vascularisation et inflammatoire.

OBSERVATION XIX

HAMANT, BODART et MOSINGER (*Ibid.*)

Femme de 38 ans atteinte de fibrome et d'ovarite sclérokystique. Les règles étaient douloureuses, avec pertes assez abondantes, mais régulières. Trois jours après la fin des dernières règles normales, la malade ressentit une douleur brusque dans le bas-ventre, sans syndrome péritonéal marqué, ni hémorragie externe.

A l'intervention, pratiquée le lendemain, on trouve au niveau de l'ovaire gauche un corps jaune du volume d'une noisette présentant une ouverture punctiforme laissant suinter du sang frais.

Histologiquement : corps jaune à la période de régression. La paroi est constituée par trois couches comme les kystes du corps jaune, une couche thécale, une couche lutéinique et une couche interne conjonctive.

OBSERVATION XX

Hugo ROTH (*Gyn. et Obstétrique*, décembre 1927)

W... M..., 21 ans, jeune fille.

Rien dans les antécédents. Réglée 20 jours plus tôt.

Douleurs violentes localisées à la région iléo-cœcale. Pas d'hémorragies des organes génitaux.

Pouls altéré : 96-100.

Température : 37°8.

Diagnostic d'appendicite, mais sensibilité à gauche au toucher et palper combiné. Incision d'appendicite. Sang dans le ventre : 800 gr. environ, provenant de l'ovaire droit. On pense à une grossesse ectopique rompue. Ablation de la trompe et de l'ovaire.

Examen : kyste du corps jaune gros comme une noisette, rompu.

Pas de villosités choriales dans les coupes en série.

OBSERVATION XXI

Hugo ROTH (*Ibid.*)

S... M..., 24 ans, non mariée. Hospitalisée le 17 août 1926. Traitée depuis trois ans pour affection annexielle.

Réglée 15 jours plus tôt.

Depuis trois jours, douleurs violentes d'estomac, nausées, évanouissements. La nuit précédente, arrêt de la défécation et des gaz. Faible météorisme.

Température : 37°4. Pouls : 104.

A l'examen bimanuel, tumeur annexielle de chaque côté. Palper abdominal très douloureux. Pfannenshel : 300 gr. de sang.

Extirpation des annexes de chaque côté.

Examen histologique : Hémorragie folliculaire d'un ovaire gravement enflammé.

OBSERVATION XXII

M. HALLER (*Revue de Chirurgie*, p. 132, 1930)

Mme W..., 22 ans. Jeune mariée. Prise de douleurs abdominales à droite avec nausées et vomissements après un léger retard (15 jours). Défense abdominale dans la fosse iliaque droite, descendant bas et au toucher une masse dans le cul-de-sac latéral droit. Col légèrement ramolli, mais utérus pas augmenté de volume. Lit, glace et régime pendant quatre semaines. Métrorragies pendant tout ce temps.

Intervention le 27 novembre 1922.

Laparotomie médiane. 1° Appendicectomie, sclérose et placards de folliculite hémorragique. 2° Salpingectomie droite. Ovaire droit volumineux, polykystique. Petite hématocele rétro-utérine. Sur l'ovaire, kyste hématique gros comme une noisette et perforé.

Histologiquement : kyste hématique du corps jaune. Guérison. Un enfant en 26.

OBSERVATION XXIII

HALLER (*Ibid.*)

Mme D..., 41 ans. Retard de quelques semaines. Pertes sanguines continuelles. Col ramolli. Utérus augmenté de volume. Collection dans le Douglas, masse molle douloureuse. On pense à un avortement tubaire.

Intervention le 25 décembre 1922.

Laparotomie médiane. Petite hématocele rétro-utérine. Kyste sanguin de l'ovaire droit. Salpingectomie droite, guérison.

Histologiquement : kyste hématique du corps jaune.

OBSERVATION XXIV

HALLER (*Ibid.*)

Mme M..., 28 ans.

Migraine, état nauséux. Gêne dans le bas-ventre. Irrégularité menstruelle. Un accouchement, un avortement.

Toucher : Masse dans le Douglas et à gauche, donnant l'impression d'un petit kyste du volume d'une mandarine, douloureux. L'ensemble fait porter le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire gauche, peut-être en torsion.

A la fin de la période menstruelle suivante, douleur brusque, syncopale. Diagnostic d'hémorragie intrapéritonéale (pouls : 104 ; température : 37°4). Intervention trois heures plus tard.

Utérus en rétroversion. Sur l'ovaire gauche, nombreux petits kystes, dont l'un présente une perforation comme une lentille. Un demi-verre de sang dans le Douglas. Ovaire droit normal.

Ablation de l'ovaire gauche. Hystéropexie isthmique.

Histologiquement : kyste sanguin du corps jaune. Quelque temps après, mêmes accidents à droite. On pense d'abord à une appendicite : repos et glace ; puis reprise des accidents.

A l'intervention : même tableau que précédemment. Hystérectomie subtotale et appendicectomie.

L'ovaire montre une cavité avec un gros caillot, le restant est kystique

Examen histologique (Dr BULLIARD) : Ovaire présentant un volumineux kyste hémorragique avec perforation. Corps jaune hémorragique nettement reconnaissable à un fin liseré de cellules lutéiniques. La paroi est par place extrêmement amincie et se trouve doublée intérieurement d'une petite couche fibreuse. Contenu : sang pur non encore organisé. Nulle part, traces de villosités choriales. Conclusion : corps jaune hémorragique et apoplectique.

OBSERVATION XXV

M. CHASSOT (*Revue médicale de la Suisse romande*,
juillet 1920, p. 453)

On opère une jeune femme de 25 ans qui a eu un accouchement normal il y a un an et qui présente actuellement des

signes d'appendicite aiguë. Après laparotomie, on trouve à l'ouverture du péritoine une grande quantité de sang liquide, mais pas de trace d'embryon, ni de débris placentaires. L'utérus est légèrement plus gros qu'un utérus normal, les trompes sont intactes quoique hyperhémisées, l'ovaire gauche est un peu scléro-kystique, mais sur l'ovaire droit on trouve un corps jaune ouvert d'où s'écoule du sang goutte à goutte. Ovariectomie.

A l'examen histologique : Hémorragie dans un corps jaune ordinaire sans signes de gestation.

OBSERVATION XXVI

F. CONDAMIN (*Gynécologie et Obstétrique*, 1933)

Mme R..., 25 ans. Diagnostic d'appendicite aiguë.

Hospitalisée il y a 4 ans, à Lyon, avec le diagnostic de congestion ovarienne et pelvi-péritonite.

Dernières règles il y a 2 mois. Aucun symptôme de gravité. Il y a 3 semaines, douleurs pelviennes, surtout à droite. Puis syncope, avec douleur vive à droite, ce qui fait dire appendicite.

A l'examen : Pâleur. Pouls : 90 ; pas de température. Rien à l'appendice.

Cul-de-sac postérieur empâté. Annexes droites douloureuses.

Le lendemain, l'état change et on pose le diagnostic d'inondation péritonéale.

Intervention : 1 litre de sang. Ovarite kystique droite. Du sang s'échappe par une brèche. Castration droite.

Examen histologique ; kyste du corps jaune, fissuré, du volume d'une noix sèche.

OBSERVATION XXVII

DEPAGE (*Soc. Belge de Chirurgie*, 19 mars 1898)

Jeune fille. Depuis 2 ou 3 jours, symptômes de péritonisme aigu attribués à une perforation brusque de l'appendice. Collapsus. Hypothermie. Pouls rapide et filant. Contracture fosse iliaque droite.

Intervention. Incision de Roux. Flot de sang qui semblait venir du côté du foie. Sa persistance fait croire à une rupture d'une veine de la région hépatique. Après examen de tout l'abdomen, on trouve dans le fond du pelvis un volumineux caillot dans lequel un corps dur qui n'était autre que l'ovaire.

L'ovaire avait trois ou quatre fois le volume d'un ovaire normal, l'hémorragie interstitielle avait désorganisé son tissu, il était ouvert sur toute son étendue, comme s'il avait éclaté en deux valves.

Examen microscopique : Sclérose manifeste, infiltration sanguine abondante et par places des follicules plus ou moins atrophiés.

OBSERVATION XXVIII

LEDoux, TUFFIER (*B. et M. Soc. Chir. Paris*, 12 déc. 1900)

F..., 24 ans, bien portante, parfaitement réglée le mois précédent. Coliques violentes le jour où devaient apparaître ses règles.

Vingt heures après, pâleur, traits tirés, pouls à 120. Température normale.

L'abdomen douloureux est mou, mat à la percussion comme s'il était bourré de coton.

Ni urines, ni gaz depuis la veille.

Vomissements bilieux.

Intervention : Inondation péritonéale. Sang liquide montant en flot du petit bassin.

L'ovaire est largement déchiré d'avant en arrière suivant son bord inférieur et saigne abondamment. Ablation des annexes.

Examen histologique : Nombreux follicules à différents stades. Au voisinage des points où l'ovaire s'est rompu, le parenchyme est infiltré de sang sur une assez grande étendue. En ce point, on voit la paroi d'un follicule kystique, point de départ de l'hémorragie.

OBSERVATION XXIX

BURGER (*Centralblatt für Gyn.*, 1903)

Malade prise brusquement de violentes douleurs dans le bas-ventre accompagnées de tous les signes d'une hémorragie interne.

Utérus refoulé contre la symphyse par une masse dure, difficile à délimiter.

Intervention. Enorme quantité de sang liquide. Ablation des annexes gauches.

Examen des pièces : Trompe saine. L'ovaire, du volume d'un œuf de poule, présentait à une de ses extrémités une déchirure large et irrégulière donnant accès dans une cavité qui occupait la presque totalité de l'organe. A côté, kyste folliculaire plus petit, également hémorragique.

Pas d'éléments fœtaux dans la paroi du kyste. Conclusion : kyste folliculaire hémorragique rompu.

OBSERVATION XXX

WHEELTON HIND (*Bull. méd.*, T. XXVIII,

Résumé in « La Gynécologie », juillet 1905, p. 463)

F., mariée depuis 6 semaines, bien réglée.

Brusquement, douleur et collapsus.

Le lendemain, intervention : grande quantité de caillots. Ovaire droit saignant.

Macroscopiquement, kyste sanguin rompu. Examen histologique : Rupture d'un follicule de De Graaf apoplectique ayant donné une hémorragie intra-péritonéale.

OBSERVATION XXXI

BENDER et MARCILLE (*Tribune Médicale*, 20-8-1904)

Femme de 28 ans présentant des signes cliniques tels qu'on diagnostique grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale. La malade disait avoir eu un retard de règles de plusieurs jours, puis elles avaient reparu, compliquées de métrorragies intermédiaires. A l'intervention, on constate qu'il s'agit bien d'une inondation péritonéale, que l'épanchement sanguin est considérable : 1 litre 5 environ.

L'hémorragie paraît arrêtée. Du côté gauche un caillot du volume de 2 poings, situé au-dessus du ligament large et se prolongeant en arrière du ligament. Le caillot enlevé, on voit les annexes augmentées de volume et congestionnées. Elles sont extirpées. Annexes droites absolument saines. Parois de la cavité pelvienne normales.

Opération rapidement terminée, suites opératoires simples.

Examen des pièces :

Révèle qu'il ne s'agissait pas d'une grossesse tubaire rompue, car la trompe ne présentait pas de modification. Quelques franges du pavillon étaient adhérentes à l'ovaire, mais l'orifice abdominal était libre et perméable, le calibre de la trompe était régulier dans toute son étendue et la muqueuse complètement saine.

Entre la trompe et l'ovaire : dépression assez marquée, sorte de fossette péritonéale occupée par un prolongement du caillot enlevé au cours de l'opération.

Le péritoine qui tapissait la surface de cette poche était lisse et uni. Il fallait chercher ailleurs causes hémorragie.

Il existait à la partie supérieure de l'ovaire un petit kyste à parois très minces, à contenu hématique, gros comme une noisette, qui présentait une déchirure assez large par laquelle un caillot, rétracté et lobulé, qui n'adhérait en aucun point aux parois du kyste, fut extrait.

Le tissu ovarien à la périphérie d'implantation de ce kyste était le siège d'une infiltration sanguine accentuée.

L'ovaire était légèrement augmenté de volume et contenait un certain nombre de kystes.

Grande disproportion entre les lésions de l'ovaire et l'abondance de l'hémorragie.

Mais pas trouvé autre chose qui puisse l'expliquer, donc hémorragie attribuée à la rupture du kyste ovarien.

Examen microscopique :

Coupes sérieées portant sur le caillot et toute l'étendue de l'ovaire.

Caillot formé par reticulum fibrineux enserrant globules rouges, blancs et amas de pigments sanguins.

A la périphérie du caillot adhéraient des cellules de la granulosa d'un follicule ovarien (arrondies ou polyédriques). La plupart de ces cellules étaient tuméfiées ou augmentées de volume.

Coupes de l'ovaire ont montré des lésions identiques au niveau des divers points considérés.

Kyste formé par une sorte de membrane fibreuse contenant de nombreux et dilatés vaisseaux sanguins.

Cette couche continuait sans ligne de démarcation avec le stroma conjonctif de l'ovaire, dont elle n'était qu'une condensation ; en de nombreux points, les faisceaux conjonctifs étaient complètement dissociés par le sang extra vasé.

Surface externe du kyste dépourvue en grande partie de revêtement épithélial et recouverte de placards de fibrine.

En certains points cependant, débris de couche épithéliale formée par des cellules cubiques, à noyau fortement coloré, disposées en 3 ou 4 assises. C'étaient des cellules de granulosa folliculaire, donc l'hémorragie s'était faite dans un follicule kystique.

Sur la surface extérieure de ce kyste on retrouvait un revêtement de cellules cubiques plus ou moins aplaties qui se continuaient avec l'épithélium superficiel de l'ovaire : donc kyste développé dans l'épaisseur de l'ovaire et ensuite partiellement enuclée.

L'ovaire contenait un certain nombre de kystes de dimensions variables, dont la plupart étaient folliculaires.

Tous ceux qui avoisinaient le kyste hémattique rompu étaient remplis de sang et très distendus.

On trouvait, par ailleurs, un grand nombre de follicules en voie de maturation et quelques corps jaunes à un stade de régression plus ou moins avancé.

Il s'agit bien d'un kyste folliculaire hémorragique que l'hémorragie a tout d'abord distendu et qui s'est rupturé ensuite.

OBSERVATION XXXII

LECÈNE (*in th.* R. TAITZ, Paris)

Femme de 37 ans, entre pour crise d'appendicite. La douleur siégeant au point de Mac Burney s'étend bientôt dans tout l'abdomen, mais prédomine au niveau de la fosse iliaque droite.

Température : 39°7. Constipation.

Les douleurs vont en se calmant jusqu'au cinquième jour. A l'examen, il existe une masse de volume d'une petite orange refoulant le col en avant sur la symphyse. Elle est peu douloureuse.

Intervention. Cœcum et appendice entourés de nombreuses adhérences filamenteuses. Appendice fixé par son extrémité le long du bord droit du cœcum. Appendicectomie.

Revue des annexes. En décollant les annexes gauche, on rompt un kyste hématique de l'ovaire qui se met à saigner notablement. Examen histologique : kyste hématique formé dans un corps jaune.

OBSERVATION XXXIII

LECÈNE (*in Th.* TURMANN, Paris, 1925)

Mlle G., 26 ans, vierge.

Ordinairement bien réglée. Opérée il y a un an d'appendicite et de kyste hématique de l'ovaire droit. Les accidents qui avaient nécessité l'intervention avaient été brusques, avec fièvre à 38°4 et réaction péritonéale assez vive. Depuis lors, les règles de la malade sont restées régulières, mais depuis deux mois sont devenues très douloureuses. Depuis 15 jours la malade souffre constamment du ventre et elle a vu apparaître au-dessus du pubis une tuméfaction qui l'inquiète.

Intervention le 5 novembre 1924. Incision arciforme sus-pubienne. On trouve, à gauche, une tumeur qui ressemble à un kyste hématique de l'ovaire et qui est entourée d'exsudats et de caillots noirâtres. Résection du kyste ovarique en conservant une bordure de tissu ovarien.

Guérison simple.

Examen histologique : Endométriome ovarien des plus nets.

Bibliographie

Les ressources de la Bibliothèque universitaire d'Alger ne nous ont pas laissé, à notre grand regret, la possibilité de consulter toutes les références bibliographiques que nous rapportons ci-dessous.

ALBERTIN et DESGOUTTES. — De la grossesse tubaire. Formes anatomiques et cliniques. Traitements. *Lyon Chirurgical*, 1^{er} mars 1909.

AMBERGER. — Contribution à l'étude des hémorragies du corps jaune. *Zent. für Gyn*, N° 26, 28 juin 1930.

ATAGANZ. — Sur une hémorragie traumatique intra-abdominale provenant de l'ovaire. *Zent für Gyn.*, N° 9, 2 mars 1929.

AUMONT. — Kyste hématique de l'ovaire avec inondation péritonéale. *B. et M. Soc. anat. de Paris*, XCII, N° 12, 1922. *J. C.* XXI, page 606, 1923.

BENDER et MARCILLE. — Inondation péritonéale due à la rupture d'un kyste folliculaire hémorragique de l'ovaire. *Soc. anat. Paris*, 1^{er} juillet 1904, et *Tribune Médicale*, 20 août 1904.

BERG. — Deux cas d'hémorragies particulièrement intenses du corps jaune dans la cavité abdominale. *Th. Breslau*, mai 1920.

BERNUTZ. — Traité des maladies des femmes. *Archives de Tocologie*, 1866.

BESANÇON. — Inondation péritonéale en dehors de la grossesse extra-utérine. *Thèse*, Paris, 1929. *Presse Médicale* N° 41, 22 mai 1929.

BITTMANN. — Les dangers des hémorragies internes d'origine ovarienne. *Zent. für Gyn.*, 1925.

BLOCK. — Hémorragie ovarienne massive. *American Journal of obst. and gyn.*, N° 1, janvier 1930. *Résumé in J. C.*, T. XXXVI, 1930, p. 127.

BÖCKEL. — Des kystes hémorragiques de l'ovaire. *Gazette Médicale*, Strasbourg 1861, p. 79.

BOGGON AND WRIGHLEY. — Rupture de kystes sanguins simulant une appendicite aiguë. *Lancet*, p. 1068-1070, 14 novembre 1931.

BOPPE et RENAUD. — Hémorragie intra-péritonéale grave sans grossesse ectopique. *Société d'Anat. de Paris*, décembre 1922.

- BONNEAU. — Quelques documents sur la ponte ovulaire hémorragique. *Revue fr. de gyn. et d'obst.*, 1922.
- BRAKELEY et FARR. — Rupture d'un follicule de De Graaf ou d'un kyste du corps jaune simulant l'appendicite. *The American Journal of Medical Science*, N° 4, octobre 1926.
- BURKLE. — Stagnation veineuse comme cause de l'hématocèle rétro-utérine. *Dissertation*, Strasbourg 1903.
- BURGER. — Hémorragie dans un kyste folliculaire avec rupture secondaire du kyste dans la cavité abdominale et inondation péritonéale. *Gebürst gyn. Gesell in Wien*, 30 juin 1903. *Zent. für gyn.*, 1903.
- CABANTIÉ. — Les hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale en dehors de la grossesse. *Thèse*, Toulouse 1924.
- CADECORT et LEYDET. — Deux observations d'hématocèle catclysmique par tumeur solide de l'ovaire. *La Gynécologie*, août 1929.
- CESTAU. — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. *Thèse*, Paris 1894.
- CHASSOT. — Hémorragie intra-péritonéale ayant pris naissance dans un corps jaune. *Revue médicale de la Suisse romande*, juillet 1920, p. 453.
- CHRISTOPHER. — Hémopéritoine par rupture traumatique du corps jaune. *J.A.M.A.*, N° 6, 10-8-29. *Résumée in J. C.*, tome XXXV, 1930, p. 290
- COLLE et MONTAGNE. — Hémorragies abdominales d'origine ovarienne. *Réun. obst. de Lille*, 22 février 1933, in *Bull. Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, juin 1933.
- CONDAMIN. — Grossesse ovarienne. *Lyon méd.*, 1902.
- CONHEIM (Eva). — Grossesse ovarienne. *Thèse*, Lausanne 1903.
- CONSTANTINESCO. — Sur les hémorragies ovariennes en dehors de la grossesse extra-utérine. *Spitalul Bucarest*, N° 3, 16 janvier 1930.
- COOK HIRST. — Note sur les hémorragies intra-péritonéales provenant des organes pelviens de la femme, impossibles à distinguer des hémorragies des grossesses ectopiques. *University of Pensulvaxania Med. Bull.*, N° 9, novembre 1909. *J. C.*, p. 211, 1910.
- COURRIER. — *Encyclopédie médico-chirurgicale*, VI, 17, Paris 1930. Le cycle sexuel de la femelle des mammi-

- fères. *Arch. de Biologie*, 1924. Nouvelles recherches sur les hormones ovariennes, *Bull. d'Histologie*, décembre 1928.
- COURTY. — Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1866.
- CRANWELL (Daniel J.). — Inondation péritonéale par rupture d'un follicule de De Graaf. *Bull. de l'Ac. de Méd.*, 1912, p. 185.
- R. CROUSSE. — Deux cas d'hémorragies intra-péritonéales graves, d'origine génitale non associées à des grossesses ectopiques. *Bruxelles Médical*, N° 39, 26 juillet 1931.
- CULLINGWORTH. — Nos connaissances actuelles sur l'hématocèle. *Lancet*, 19 juin 1897.
- DELREZ. — Inondation péritonéale d'origine génitale en dehors de la grossesse. *Société Méd. Chir. Liège*, 6 novembre 1912.
- DANIEL. — Les petits kystes hémorragiques considérés au point de vue chirurgical. *Revue de gyn. et chir. abdom.*, 1905, p. 195.
- DARTIGUES et JOANIDÈS. — Les cysthématomes menstruels post-opératoires. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1908, p. 67. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1905, p. 25 et 193.
- DELORE. — Note critique sur l'hématocèle. *Lyon médical*, 15 mars 1896.
- DELPORTE. — Recherches sur la menstruation tubaire. *L'Obstétrique*, avril 1909.
- DENONVILLIERS. — *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, 1851.
- DENUCÉ. — *Bulletin Soc. Anatomique*, 1853.
- DEPAGE. — Rupture de l'ovaire. Hémorragie intra-péritonéale. *Annales de la Soc. belge de Chir.* 1898, N° 1.
- DEVALZ. — Varicocèle ovarien. *Thèse*. Paris 1858.
- DORAN (Alban). — Apoplexy of the ovarian cystic dilatation without rupture. *Transact. obst. Society*, vol. XXXII, p. 114, 1890. Hémorragies from the Fallopean tube without evidence of tubal gestation. *Transact obst. soc.*, vol. XL, 1898.
- DUHAIL. — Les hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne, en dehors de la grossesse. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 20 mars 1925.

- DUPOUY. — Pathogénie des hémorragies para-utérines sous-péritonéales. *Thèse*, Paris 1895-96.
- EEBERHARDT. — Un cas d'ovarite hémorragique periovarite, périsalpingite avec hématome de l'ovaire. *Zunt für gyn.*, 31 mai 1892.
- EIECK. — Hémorragie du corps jaune prise pour une appendicite. *Zent. für Chir.*, 1924.
- FAURE. — Chirurgie des annexes de l'utérus, 1902.
- FINALY. — Contribution à la clinique des hémorragies intra-abdominales consécutives à la rupture spontanée des ovaires. *Nederlands ch. Tijdschrift voor Geneskunde*, N° 2, 10 janvier 1931. *Résumée in J. C.*, tome XXXVIII, 1931, p. 600-601.
- FORDYCE. — Péritonite mortelle. Suite d'apoplexie ovarienne pendant la période menstruelle. *New-York Med. jour.*, 16 février 1889.
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie. L'ovaire à petits kystes. *Revue de Chir. et de Gyn. abdom.*, 1910.
- FORGUE et MOLINE. — Inondation péritonéale par rupture d'un kyste de l'ovaire. *Soc. de Science méd. et biolog. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 1^{er} juillet 1927.
- FREUND. — Vraies et fausses grossesses extra-utérines. Congrès de gyn. de Gressen, 1901. *Zent. für gyn.*, 1903, p. 853.
- GABRIEL. — De l'hématocèle rétro-utérine d'origine ovarienne. *Arch. für gyn.*, 1901, tome LXIV.
- GALLARD. — a) Des hématocèles péri-utérines. Causes, siège, traitement, 1851 ; b) Théories de l'hématocèle, *Gaz. hebdo. de méd. et de chir.*, 1858 ; c) Hématocèles péri-utérines spontanées, *Arch. de méd.*, 1860 ; d) Leçons cliniques des maladies des femmes, 1873.
- GALLARD et MARTIN. — Trois cas d'hématocèle pelvienne. *Montreal med. journ.*, janvier 1897.
- GEINITZ. — Sur l'étiologie des hémorragies intra-abdominales d'origine ovarienne. *Zent. für Chir.*, N° 39, 29 septembre 1928.
- GOLDBERG. — Des hématocèles rétro-utérines en dehors de la grossesse ectopique. *Thèse*, Toulouse 1913.

- GOTTSCHALK. — Hémorragie intra-péritonéale de l'ovaire par rupture d'un kyste du corps jaune. *Deutsch med. Woch.*, 10 décembre 1896, p. 805.
- GUNSTEIN. — Quatre cas de rupture de kyste du corps jaune. *Med. Klinick*, N° 25, p. 972-974, juin 1928. *J. C.*, p. 625, novembre 1928.
- GUYOT et VILLAR. — Les hémorragies du corps jaune. *Revue fr. de gyn. et d'obst.*, N° 2, février 1930.
- HALLER. — Hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne. *Rev. de Chir.*, N°s 4, 5, 6, avril à juin 1930.
- HAMANT BODART MOSINGER. . . *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, octobre 1928.
- HANNECART. — Hématocèle intra-péritonéale consécutive à une rupture d'une hématome de l'ovaire avec fibrome utérin. *Ann. Soc. Belge de Chir.*, 1900, N° 1.
- HITZANIDÈS. — Rupture d'un kyste du corps jaune simulant une G.E.U. rompue. *Bull. de la Soc. d'Obst.*, T. XIV, 1925, N° 9.
- HOLMES — Hématocèle pelvienne d'origine ovarienne. *The Brittish med. journ.*, mars 1910. *J. C.*, p. 584, 1910.
- HORNUNG. — a) L'ovaire, source des hémorragies intra-péritonéales, *Zent. für gyn.*, 1923 ; b) Hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne. *Munchen Med. Woch.*, 11 mai 1923.
- JAYLE. — De l'hématocèle par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire. *Soc. Chir. Paris*, 2 février 1909, p. 125 ; *Presse méd.*, 1909, 24 avril ; *Rev. de gyn. et chir. abdom.*, p. 185-228, mars-avril 1909 ; *J.C.*, p. 103, 1909.
- EARL JOHNSON. — Hémorragie aiguë du corps jaune et du follicule de De Graaf. *The American Journal of Surgery*, N° 3, septembre 1930.
- KELLER. — Etude sur les kystes du corps jaune. *Gynécologie et Obst.*, 1922.
- KLEIN. — Hémorragie intrapéritonéale cataclysmique d'origine ovarienne. *Zent. für gyn.*, 1926.
- KOBER. — Hématocèle rétro-utérine sans grossesse extra-utérine. *Zent für gyn.*, 28 septembre 1901.
- LARDENNOIS. — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne. *In th. Besançon*, Paris 1929.

- LAROYENNE. — Essai de semeiologie du Douglas chez la femme.
- LAROYENNE et SOLER. — *Lyon Médical* 12 et 14, 1882.
- LAUWERS. — Des fibromes de l'utérus compliqués d'hématome des ovaires et des trompes. *Bull. de la Soc. Belge d'obst. et de gyn.*, 1902, N° 6.
- LAWSON TAIT. — Traité clinique des maladies des femmes.
- LECÈNE. — Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste du corps jaune. Appendicite, opération, guérison. *In th. Rachel Taitz, Paris* 1913.
- LECÈNE LÉRICHE. — *Thérapeutique chirurgicale*, tome III, Paris Masson éd.
- LEMONNIER. — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne. *Bull. et Mem. Soc. Chir.*, 1932, p. 1063.
- LÉRICHE et BLANC PERDUCET. — Hémorragie pelvienne intra-péritonéale par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire. *Revue de gyn. et d'obst.*, 1911.
- LETOUX et TUFFIER. — Inondation péritonéale par rupture d'une grossesse ovarienne probable. *Soc. de chir. Paris*, 1900. p. 104.
- LEVI. — Hémorragie grave par rupture du corps jaune. *The British Med. Journ.*, 6 avril 1929, p. 641. Citée in *J. C.*, tome XXXV, p. 290, 1930.
- MARTIN. — Hématocèle rétro-utérine. *Normandie médicale*, 1897.
- MARTIN. — Traité des maladies des femmes, Paris 1889.
- MARTY. — Contribution à l'étude des hémorragies du corps jaune. Th. Bordeaux, 1927.
- MAURANGE. — Sur une cause rare d'hématocèle pelvienne. *Ann. de gynécologie*, juillet 1893, p. 37.
- MELCHIOR. — Inondation péritonéale par suite de la rupture d'un petit kyste de l'ovaire. *Paris Médical*, N° 2, p. 39 et 40, janvier 1924. *Journal de chirurgie*, p. 89, 1925.
- MILLER. — Kystes folliculaires et luteiniques ayant provoqué des hémorragies intra-abdominales. Quatre cas. *J.A.M.A.*, 9 mai 1931, p. 1569-1571.
- MONDOR. — Diagnostics urgents de l'abdomen (Masson, édit., Paris).

- MONSIORSKI. — Un cas rare d'hématocèle sans grossesse extra-utérine avec ouverture spontanée dans le vagin. *Monats für Obst und gyn.*, 1908.
- MORIGNY. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'hématocèle rétro-utérine. Th., Paris, 1890.
- MOULONGUET. — Diagnostics anatomo-cliniques de P. LECÈNE. Appareil génital féminin. (Masson, édit.).
- MOULONGUET. — A propos de la morphologie et de l'histogénèse du corps jaune humain. *Archives int. de médecine expérimentale*, 1926.
- NÉLATON. — De l'hématocèle. *Gaz. des Hôpitaux*, 1850.
- NEUMANN. — Un cas d'hématocèle après laparotomie sans grossesse tubaire. *Zeitsch f. gyn.*, 1902, p. 1393.
- NOVAK. — Hémorragie abdominale d'origine ovarienne. *Bulletin of John Hopkins Hospital*, 1918.
- ODERMATT. — Hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un corps jaune. *Journal de Chirurgie*, 1925, p. 738.
- OLSEN. — Hémorragie massive intra-abdominale par rupture d'un kyste du corps jaune. *J.A.M.A.*, N° 6, 3 août 1931.
- ORTH. — Hémorragie intra-abdominale bilatérale d'origine ovarienne. *Zentralblatt für Chir.*, 30 juin 1928. Résumé in *Journal de Chir.*, p. 742, 1928.
- PILLIET. — Hémorragie de l'ovaire due à un corps jaune. (Société anatomique de Paris, juin 1893.)
- PILLIET. — Hémorragie dans l'ovarite scléro-kystique. *Ann. de gyn. et obst.*, 1893, p. 366.
- POMINI. — Hémorragie abdominale d'origine ovarienne chez la femme non enceinte. *Clin. Obst.*, décembre 1931, p. 749-762.
- PONCET. — De l'hématocèle péri-utérine. Th. agrégation, 1878.
- PONCET. — Article hématocèle. *Dictionnaire de Dechambre*. 1888.
- POTIER. — Etude anatomique et pathologique des kystes hématisques primitifs de l'ovaire. *Rev. de Gyn. et Chir. abdominale*, 1903, p. 783.
- ROJAS et LAUDA. — Hémorragie intra-abdominale d'origine ovarienne. *Bulletin de la Société d'Obst. et de Gyn. de Buenos-Ayres*, n° 7, 22 août 1931.

- ROLLIN. — Des hémorragies de l'ovaire. *Th. Paris*, 1889.
- ROMME. — Hémorragies abdominales d'origine ovarienne. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1917.
- ROTH. — Hémorragies abdominales d'origine ovarienne. *Gynécologie et Obst.*, décembre 1927.
- ROUVILLE (de). — Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste folliculaire. *Ann. de Gyn. et Obst.*, avril 1908, p. 222.
- SAUTY. — Hémorragie intrapéritonéale d'origine ovarienne chez une hémophile. *Lyon Chirurgical*, n° 1, 1924, p. 84.
- SCHIKELÉ. — Le corps jaune peut-il être la source d'une hémorragie intrapéritonéale abondante ? *Gyn. et Obst.*, 1924, T. IX, n° 1.
- SCHRODER. — Diagnostic différentiel des hémorragies internes des organes génitaux de la femme. *Zeutr. für Chir.* n° 37, 12 septembre 1931.
- SCHAMPACHER. — Contribution à l'étude des vraies et fausses grossesses extra-utérines. *Zeut. f. Gyn.*, 1903, p. 1080.
- SCHUMANN. — Observations d'hémorragies d'origine tubaire et ovarienne non associées à la grossesse ectopique. *J.A.M.A.*, 22 août 1921.
- SMITH. — Les hémorragies de la cavité pelvienne autres que celles de la grossesse ectopique. *The Am. Journal of Obst. and Gyn.*, 1920, n° 3.
- SoïMARU. — Rupture intrapéritonéale de kyste lutéinique. *Bull. Soc. d'Obst.*, T. XIV, 1925, n° 9.
- STRAUSS. — Hémopéritoine par rupture d'un corps jaune. *J.A.M.A.*, 5 mai 1923 (résumée in *Journal de Chir.*, 1923, p. 379).
- STRUCKERT. — Hémorragies ovariennes. *J.A.M.A.*, n° 16, 19 avril 1930.
- TAITZ. — Hémorragies intrapéritonéales par rupture de follicules pathologiques et normaux. *Th. Paris*, 1913.
- TARTANSON. — Les hémorragies et l'hématocèle pelviennes intrapéritonéales sans grossesse ectopique. *Th. Lyon*, 1909.
- TROUSSEAU. — Leçon sur l'hématocèle cataméniale. *Gaz. des Hôpitaux*, 1858.

TURMANN. — L'hématocèle rétro-utérine consécutive à certaines tumeurs bénignes de l'ovaire, kystes wolffiens et endométrïomes. *Th. Paris*, 1925.

VIGNES. — Physiologie gynécologique. *Masson*, Ed., Paris.

VERGOZ et LOUBEYRE. — Hémorragie intrapéritonéale d'origine ovarienne non gravidique. *Bull. et Mém. Société Chir.*, 15 avril 1933.

WEINBRENNER. — Grossesse extra-utérine simulée et hémorragie du corps jaune. *Zentr. für Gyn.*, 1906, p. 1383.

ZACHERL. — Hémorragie interne consécutive à la rupture d'un corps jaune. *Arch. f. Gyn.*, T. CXIX, n° 1, 1924.

ZIELKE. — Hémorragies graves provenant de l'ovaire. *Klinische Wochenschrift*, n° 19, 10 mai 1930.

Table de Matières

Introduction.....	13
Historique.....	15
Anatomie pathologique et Pathogénie.....	19
Etiologie.....	41
Symptômes.....	47
Traitement.....	53
Observations.....	59
Bibliographie.....	85

VU : *Le Président de thèse,*
H. COSTANTINI.

VU : *Le Doyen,*
E. LEBLANC.

VU et permis d'imprimer :
Alger, le 26 février 1934.
Le Recteur,
G. HARDY.

